

Point Hors Ligne

Collection dirigée par Jean-Claude Aguerre

La collection « Point Hors Ligne » explore les questions essentielles à l'avancée du champ psychanalytique. Elle s'attache à tisser les liens entre une élaboration théorique et une pratique au quotidien.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Court traité de pratique psychanalytique

Point Hors Ligne

Collection dirigée par Jean-Claude Aguerre

La collection « Point Hors Ligne » explore les questions essentielles à l'avancée du champ psychanalytique. Elle s'attache à tisser les liens entre une élaboration théorique et une pratique au quotidien.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Court traité de pratique psychanalytique

Jean-Jacques Rassial

DU MÊME AUTEUR

Pour en finir avec la guerre des psys,
Albin Michel, 2010

Le passage adolescent,
éres, 2010 (1^{re} édition 1996)

L'adolescent et le psychanalyste,
Petite Bibliothèque Payot, 2009 (1^{re} édition 1990)

Le Sujet en état limite,
Denoël, 1999

SOUS SA DIRECTION

De l'infantile au juvénile,
avec M. Benhaïm, éres, 2006

Sortir : l'opération adolescente,
éres, 2000

Y a-t-il une psychopathologie des banlieues,
éres, 1996

L'interdit de la représentation,
avec A. Hoffenberg-Rassial, Le Seuil, 1984

La psychanalyse est-elle une histoire juive ?,
avec A. Hoffenberg-Rassial, Le Seuil, 1981

Court traité de pratique psychanalytique

POINT HORS LIGNE

éres
éditions

Jean-Jacques Rassial

DU MÊME AUTEUR

Pour en finir avec la guerre des psys,
Albin Michel, 2010

Le passage adolescent,
éres, 2010 (1^{re} édition 1996)

L'adolescent et le psychanalyste,
Petite Bibliothèque Payot, 2009 (1^{re} édition 1990)

Le Sujet en état limite,
Denoël, 1999

SOUS SA DIRECTION

De l'infantile au juvénile,
avec M. Benhaïm, éres, 2006

Sortir : l'opération adolescente,
éres, 2000

Y a-t-il une psychopathologie des banlieues,
éres, 1996

L'interdit de la représentation,
avec A. Hoffenberg-Rassial, Le Seuil, 1984

La psychanalyse est-elle une histoire juive ?,
avec A. Hoffenberg-Rassial, Le Seuil, 1981

Court traité de pratique psychanalytique

POINT HORS LIGNE

éres
éditions

Table des matières

Introduction.....	9
I. LE COMMENCEMENT DE LA CURE	
1. Le cas et la cause	13
2. Préliminaires	33
3. Les quatre vérités.....	41
4. L'interprétation initiale.....	53
5. L'oui(e) de l'analyste	61
II. LE TRANSFERT ET L'INTERPRÉTATION	
6. L'envers de la croyance	75
7. Le transfert de l'analyste.....	87
8. La langue et l'interprétation	97
9. Analyse du transfert, interprétation du fantasme, construction du sinthome	109
III. LES FINS DE L'ANALYSE	
10. Pourquoi faire une autre psychanalyse?	121
11. L'analyse du troisième genre	133
12. L'(a)-sociation.....	147
Remerciements.....	157

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Illustration :
Fauteuil/divan, 2010
© Mathieu Rousseau

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-3056-6
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Table des matières

Introduction.....	9
I. LE COMMENCEMENT DE LA CURE	
1. Le cas et la cause	13
2. Préliminaires	33
3. Les quatre vérités.....	41
4. L'interprétation initiale.....	53
5. L'oui(e) de l'analyste	61
II. LE TRANSFERT ET L'INTERPRÉTATION	
6. L'envers de la croyance	75
7. Le transfert de l'analyste.....	87
8. La langue et l'interprétation	97
9. Analyse du transfert, interprétation du fantasme, construction du sinthome	109
III. LES FINS DE L'ANALYSE	
10. Pourquoi faire une autre psychanalyse?	121
11. L'analyse du troisième genre	133
12. L'(a)-sociation.....	147
Remerciements.....	157

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Illustration :
Fauteuil/divan, 2010
© Mathieu Rousseau

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-3056-6
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

À Maria Belo et Charles Melman,

*À la mémoire de Dominique Maugendre,
François Perrier, Octave Mannoni et Jacques Cailin*

À Maria Belo et Charles Melman,

*À la mémoire de Dominique Maugendre,
François Perrier, Octave Mannoni et Jacques Cailin*

Introduction

La psychanalyse est d'abord une pratique, une pratique rationnelle.

Voilà qui est trop souvent négligé derrière ce que Freud et ses successeurs ont dû produire pour fonder en raison cette pratique et la sortir du simple exercice d'une spécialité médicale. Il fallait d'abord construire une théorie de l'appareil psychique, sous les trois dimensions que Freud désigne comme topique, économique et dynamique ; théorie sans cesse remise à l'ouvrage par Freud lui-même et enrichie depuis par d'autres, dont la figure dominante est, pour nous, Lacan. À la fois sur un mode complémentaire et différent de la psychiatrie naissante, il était nécessaire de concevoir une psychopathologie dynamique, qui incluait une conception de la morbidité et du symptôme. Pour inscrire cette théorie et cette psychopathologie dans la cité et dans les sciences, Freud inaugura une réflexion anthropologique, ne fût-ce qu'en donnant à la culture le statut d'un concept psychanalytique.

Dans le contexte actuel, où le terme vague de psychothérapie recouvre des pratiques fort divergentes entre elles, jusqu'aux dérives scientistes d'un côté, quasi religieuses de l'autre – d'aucuns diraient sectaires –, il nous a semblé important d'aborder directement la question de la pratique, sans en faire la conséquence d'une théorie ou d'une clinique, mais en considérant à l'inverse qu'elle les fonde, même si elle en reçoit ses coordonnées scientifiques.

Introduction

La psychanalyse est d'abord une pratique, une pratique rationnelle.

Voilà qui est trop souvent négligé derrière ce que Freud et ses successeurs ont dû produire pour fonder en raison cette pratique et la sortir du simple exercice d'une spécialité médicale. Il fallait d'abord construire une théorie de l'appareil psychique, sous les trois dimensions que Freud désigne comme topique, économique et dynamique ; théorie sans cesse remise à l'ouvrage par Freud lui-même et enrichie depuis par d'autres, dont la figure dominante est, pour nous, Lacan. À la fois sur un mode complémentaire et différent de la psychiatrie naissante, il était nécessaire de concevoir une psychopathologie dynamique, qui incluait une conception de la morbidité et du symptôme. Pour inscrire cette théorie et cette psychopathologie dans la cité et dans les sciences, Freud inaugura une réflexion anthropologique, ne fût-ce qu'en donnant à la culture le statut d'un concept psychanalytique.

Dans le contexte actuel, où le terme vague de psychothérapie recouvre des pratiques fort divergentes entre elles, jusqu'aux dérives scientistes d'un côté, quasi religieuses de l'autre – d'aucuns diraient sectaires –, il nous a semblé important d'aborder directement la question de la pratique, sans en faire la conséquence d'une théorie ou d'une clinique, mais en considérant à l'inverse qu'elle les fonde, même si elle en reçoit ses coordonnées scientifiques.

La pratique de l'analyse n'est pas l'application d'une théorie à une clinique. Elle est la mise en œuvre de trois thèses: l'idée que l'inconscient n'est pas le négatif de la conscience, mais le lieu essentiel du sujet conçu comme sujet du désir; la thèse, non pas simplement de la sexualité infantile, déjà connue depuis longtemps malgré son occultation au XIX^e siècle, mais des déterminants infantiles de la sexualité adulte; enfin, l'idée que le transfert ne caractérise pas seulement la relation médecin-malade, mais est défini comme principe constitutif de la subjectivité, orientant toute relation à l'autre comme déplacement.

Dans une relation d'abord thérapeutique, l'opérateur de la pratique analytique, ce vers quoi tend l'acte analytique, est l'interprétation. D'abord évoqué pour les rêves, ce concept oriente l'écoute flottante de l'analyste. Si nous abordons ici la question de l'interprétation dans la dynamique de la cure, nous lui consacrerons un prochain essai, déjà intitulé *L'intelligence de l'analyste*, puisqu'elle définit ce qu'on nomme ailleurs l'expertise cognitive du psychanalyste.

Dans ce court traité, nous en resterons à l'élucidation du dispositif de la cure analytique, de son commencement à ses fins.

Pourquoi «court traité»? Bien sûr, l'évocation première est celle de cet inédit de Spinoza, où il pose quelques principes qui seront déployés dans l'éthique «sous une forme géométrique». Pour ce bref essai, le mot «traité», associé à l'ironique «court», écarte aussi cette mode, universitaire, du manuel, où l'on abrège, et mutile, les fondements rationnels de n'importe quelle pratique. Ce court traité de pratique, avec une première adresse qui est celle des jeunes analystes, jeunes en pratique, cherche plutôt à semer quelques doutes sur les certitudes dont les «anciens», ceux maintenant de ma génération, analysés par les analysants de Lacan, du vivant de Lacan, deviennent aisément les gardiens, dès que leur tour vient de jouer les béatitudes.

Pour qu'on ne s'y méprenne pas, j'aurais peut-être dû l'intituler: court traité de *ma* pratique psychanalytique?

I

Le commencement de la cure

La pratique de l'analyse n'est pas l'application d'une théorie à une clinique. Elle est la mise en œuvre de trois thèses: l'idée que l'inconscient n'est pas le négatif de la conscience, mais le lieu essentiel du sujet conçu comme sujet du désir; la thèse, non pas simplement de la sexualité infantile, déjà connue depuis longtemps malgré son occultation au XIX^e siècle, mais des déterminants infantiles de la sexualité adulte; enfin, l'idée que le transfert ne caractérise pas seulement la relation médecin-malade, mais est défini comme principe constitutif de la subjectivité, orientant toute relation à l'autre comme déplacement.

Dans une relation d'abord thérapeutique, l'opérateur de la pratique analytique, ce vers quoi tend l'acte analytique, est l'interprétation. D'abord évoqué pour les rêves, ce concept oriente l'écoute flottante de l'analyste. Si nous abordons ici la question de l'interprétation dans la dynamique de la cure, nous lui consacrerons un prochain essai, déjà intitulé *L'intelligence de l'analyste*, puisqu'elle définit ce qu'on nomme ailleurs l'expertise cognitive du psychanalyste.

Dans ce court traité, nous en resterons à l'élucidation du dispositif de la cure analytique, de son commencement à ses fins.

Pourquoi «court traité»? Bien sûr, l'évocation première est celle de cet inédit de Spinoza, où il pose quelques principes qui seront déployés dans l'éthique «sous une forme géométrique». Pour ce bref essai, le mot «traité», associé à l'ironique «court», écarte aussi cette mode, universitaire, du manuel, où l'on abrège, et mutile, les fondements rationnels de n'importe quelle pratique. Ce court traité de pratique, avec une première adresse qui est celle des jeunes analystes, jeunes en pratique, cherche plutôt à semer quelques doutes sur les certitudes dont les «anciens», ceux maintenant de ma génération, analysés par les analysants de Lacan, du vivant de Lacan, deviennent aisément les gardiens, dès que leur tour vient de jouer les béatitudes.

Pour qu'on ne s'y méprenne pas, j'aurais peut-être dû l'intituler: court traité de *ma* pratique psychanalytique?

I

Le commencement de la cure

Le cas et la cause

L'usage d'une clinique par le psychanalyste n'est pas le même que celui du psychiatre. Sa présentation, sa construction et sa transmission ne sauraient être indépendantes de ce qui détermine l'éthique de la psychanalyse, c'est-à-dire à la fois une pratique du transfert, et une théorie du sujet et de l'intersubjectivité. Il ne s'agit pas ici d'exposer cette clinique, mais d'en repérer l'épistémè. On se trouve, en effet, devant une aporie puisque dans sa perception de l'autre, le psychanalyste engage son style.

La clinique serait le bon côté de la psychanalyse, le bout par lequel on pourrait l'attraper et la mettre en vedette. La clinique serait la preuve de la psychanalyse, la preuve de l'inconscient, par son exercice individualisé – à l'instar du raisonnement qui tient les miracles comme étant la preuve de Dieu, ce à quoi nous pouvons réfléchir avec Spinoza et son *Traité théologico-politique*, chapitre VI. De prime abord, la clinique serait la preuve de la psychanalyse parce qu'elle serait le lieu de conjonction de l'évidence factuelle (l'analyse agit sur le sujet) et de l'évidence de droit (il y a, vraiment, de l'inconscient), les deux évidences qui justifient la psychanalyse.

Ce détour ironique ne vaut que pour souligner que ce n'est pas ainsi que l'on devient analyste. Les psychanalystes ne

Le cas et la cause

L'usage d'une clinique par le psychanalyste n'est pas le même que celui du psychiatre. Sa présentation, sa construction et sa transmission ne sauraient être indépendantes de ce qui détermine l'éthique de la psychanalyse, c'est-à-dire à la fois une pratique du transfert, et une théorie du sujet et de l'intersubjectivité. Il ne s'agit pas ici d'exposer cette clinique, mais d'en repérer l'épistémè. On se trouve, en effet, devant une aporie puisque dans sa perception de l'autre, le psychanalyste engage son style.

La clinique serait le bon côté de la psychanalyse, le bout par lequel on pourrait l'attraper et la mettre en vedette. La clinique serait la preuve de la psychanalyse, la preuve de l'inconscient, par son exercice individualisé – à l'instar du raisonnement qui tient les miracles comme étant la preuve de Dieu, ce à quoi nous pouvons réfléchir avec Spinoza et son *Traité théologico-politique*, chapitre VI. De prime abord, la clinique serait la preuve de la psychanalyse parce qu'elle serait le lieu de conjonction de l'évidence factuelle (l'analyse agit sur le sujet) et de l'évidence de droit (il y a, vraiment, de l'inconscient), les deux évidences qui justifient la psychanalyse.

Ce détour ironique ne vaut que pour souligner que ce n'est pas ainsi que l'on devient analyste. Les psychanalystes ne

sont pas *d'abord* des cliniciens. La psychanalyse, cette maladie, s'attrape autrement. Elle s'attrape quand, au bout d'un chemin qui ne mène nulle part, on tombe sur un os: la psychanalyse ne guérit pas, au sens médical du terme, et on ne guérit pas de la psychanalyse. La psychanalyse indique à chacun qu'il n'est qu'un quidam, que n'importe qui est pris dans les rets de la langue, qu'il ne peut même pas faire de son symptôme un emblème, sauf parfois, d'être analyste, quand l'analyste se penche vers la paranoïa. Il y a de l'analyse justement parce qu'il y a des limites à la clinique considérée comme outil phénoménologique de la thérapeutique. On ne change pas son nom de baptême, comme ils disent, et cet autre nom qu'on se trouve parfois dans l'analyse, on n'y croit que parce que toujours – et c'est ce qui fait place à l'analyste – il y a erreur sur la personne. En effet, quel que soit son nom, l'identification du sujet n'assure une identité qu'au regard de l'Autre, mais aucune identité du type a=a et qui puisse fonder l'être.

La clinique ne peut être l'espoir publicitaire de la psychanalyse, parce que la psychanalyse ne nous laisse aucun espoir, ne nous autorise, en fin de compte, qu'un seul registre où le sujet puisse faire ses preuves – preuve que c'est sa division qui le fait vivre: le registre de l'acte analytique.

«La clinique, dit Lacan, c'est le réel en tant qu'il est impossible à supporter», et la psychanalyse ne nous conduit pas à supporter, imaginativement, ce réel, mais à le mesurer comme «impossible à supporter». À l'impuissance névrotique, la clinique analytique ne met pas en balance une puissance d'être, une réalisation de cet être qui serait normalité. Elle déplace au contraire cette impuissance autour d'un axe, celui qu'indique la castration, et transforme cette impuissance en savoir impossible, savoir qu'aucun signifiant ne soumet pleinement le réel au savoir. C'est la limite de l'analyse. S'il y a impuissance de l'hystérique à utiliser, par un dédoublement faisant parade de la division subjective, le savoir qu'elle produit pour repérer la vérité de l'objet; s'il y a impuissance de l'obsessionnel à éviter, par un doute perpétuel

rendant compte de la duplicité du signifiant, que le sujet ne soit assujéti à son destin, c'est-à-dire au hasard comme empan du réel; si l'impuissance névrotique domine, l'expérience analytique mène le sujet non pas à une puissance reconquise, mais à savoir l'impossible objectivité de l'objet, qui n'a de présence que de son absence. On ne maîtrise pas l'inconscient même quand, au nom de la théorie, on en fait le signifiant-maître d'une pratique, ce qui est une des déviations de la psychanalyse. La clinique analytique ne sert pas au thérapeute. La clinique n'est pas, pour l'analyste, le moyen de donner raison de la souffrance, parce que c'est à la souffrance sans raison que la souffrance raisonnable du névrosé laisse la place. L'analyse ne cherche pas le bien des gens, et si on se sent mieux à la fin de son analyse, c'est en mettant l'accent sur «se sentir», se sentir «plus».

Pour proposer une métaphore, l'analyste est à l'envers du chirurgien esthétique. On sait que celui qui s'est fait refaire le nez ou tout autre morceau du visage ou du corps, n'en est jamais satisfait, même si en définitive il s'en contente. Éventuellement, l'analyse lui permettra de savoir que de toute façon, ce défaut est irréparable en tant que trait du visage, si le trait est à la fois ce qui permet l'identification et le défaut de n'être l'enfant de ses parents que par la rencontre de ce qui, chez chacun d'eux, fait défaut pour l'autre. Ce défaut soutient ce que chacun peut attendre de jouissance parce qu'en vérité, l'Autre à qui je prête de me regarder parader, ne me regarde pas, et que je ne peux assurer sa maîtrise et sa jouissance. Pour celui qui s'est fait refaire le nez, cette impuissance se dit dans le fait que l'autre, à la fois, voit la différence et ne la voit pas. Celui qui entreprend une analyse en arrive au point inverse. Il apprend non pas à être mieux vu, à être un peu plus beau, mais à mieux voir les défauts, à mieux entendre ce qui rate. Il apprend que de l'autre quidam, c'est précisément le trait défectueux qui me fait l'aimer, en tant que s'y repère un point commun d'être chacun renvoyé à sa dimension de sujet assujéti au phallus, par un lien que n'indique pas un rapport sexuel, mais précisément la castration.

sont pas *d'abord* des cliniciens. La psychanalyse, cette maladie, s'attrape autrement. Elle s'attrape quand, au bout d'un chemin qui ne mène nulle part, on tombe sur un os: la psychanalyse ne guérit pas, au sens médical du terme, et on ne guérit pas de la psychanalyse. La psychanalyse indique à chacun qu'il n'est qu'un quidam, que n'importe qui est pris dans les rets de la langue, qu'il ne peut même pas faire de son symptôme un emblème, sauf parfois, d'être analyste, quand l'analyste se penche vers la paranoïa. Il y a de l'analyse justement parce qu'il y a des limites à la clinique considérée comme outil phénoménologique de la thérapeutique. On ne change pas son nom de baptême, comme ils disent, et cet autre nom qu'on se trouve parfois dans l'analyse, on n'y croit que parce que toujours – et c'est ce qui fait place à l'analyste – il y a erreur sur la personne. En effet, quel que soit son nom, l'identification du sujet n'assure une identité qu'au regard de l'Autre, mais aucune identité du type a=a et qui puisse fonder l'être.

La clinique ne peut être l'espoir publicitaire de la psychanalyse, parce que la psychanalyse ne nous laisse aucun espoir, ne nous autorise, en fin de compte, qu'un seul registre où le sujet puisse faire ses preuves – preuve que c'est sa division qui le fait vivre: le registre de l'acte analytique.

«La clinique, dit Lacan, c'est le réel en tant qu'il est impossible à supporter», et la psychanalyse ne nous conduit pas à supporter, imaginativement, ce réel, mais à le mesurer comme «impossible à supporter». À l'impuissance névrotique, la clinique analytique ne met pas en balance une puissance d'être, une réalisation de cet être qui serait normalité. Elle déplace au contraire cette impuissance autour d'un axe, celui qu'indique la castration, et transforme cette impuissance en savoir impossible, savoir qu'aucun signifiant ne soumet pleinement le réel au savoir. C'est la limite de l'analyse. S'il y a impuissance de l'hystérique à utiliser, par un dédoublement faisant parade de la division subjective, le savoir qu'elle produit pour repérer la vérité de l'objet; s'il y a impuissance de l'obsessionnel à éviter, par un doute perpétuel

rendant compte de la duplicité du signifiant, que le sujet ne soit assujéti à son destin, c'est-à-dire au hasard comme empan du réel; si l'impuissance névrotique domine, l'expérience analytique mène le sujet non pas à une puissance reconquise, mais à savoir l'impossible objectivité de l'objet, qui n'a de présence que de son absence. On ne maîtrise pas l'inconscient même quand, au nom de la théorie, on en fait le signifiant-maître d'une pratique, ce qui est une des déviations de la psychanalyse. La clinique analytique ne sert pas au thérapeute. La clinique n'est pas, pour l'analyste, le moyen de donner raison de la souffrance, parce que c'est à la souffrance sans raison que la souffrance raisonnable du névrosé laisse la place. L'analyse ne cherche pas le bien des gens, et si on se sent mieux à la fin de son analyse, c'est en mettant l'accent sur «se sentir», se sentir «plus».

Pour proposer une métaphore, l'analyste est à l'envers du chirurgien esthétique. On sait que celui qui s'est fait refaire le nez ou tout autre morceau du visage ou du corps, n'en est jamais satisfait, même si en définitive il s'en contente. Éventuellement, l'analyse lui permettra de savoir que de toute façon, ce défaut est irréparable en tant que trait du visage, si le trait est à la fois ce qui permet l'identification et le défaut de n'être l'enfant de ses parents que par la rencontre de ce qui, chez chacun d'eux, fait défaut pour l'autre. Ce défaut soutient ce que chacun peut attendre de jouissance parce qu'en vérité, l'Autre à qui je prête de me regarder parader, ne me regarde pas, et que je ne peux assurer sa maîtrise et sa jouissance. Pour celui qui s'est fait refaire le nez, cette impuissance se dit dans le fait que l'autre, à la fois, voit la différence et ne la voit pas. Celui qui entreprend une analyse en arrive au point inverse. Il apprend non pas à être mieux vu, à être un peu plus beau, mais à mieux voir les défauts, à mieux entendre ce qui rate. Il apprend que de l'autre quidam, c'est précisément le trait défectueux qui me fait l'aimer, en tant que s'y repère un point commun d'être chacun renvoyé à sa dimension de sujet assujéti au phallus, par un lien que n'indique pas un rapport sexuel, mais précisément la castration.

Ainsi se mesure une des dimensions du transfert de l'analyste, et le rapport complexe qu'il entretient avec la religion, ne serait-ce que dans le maniement de cette casuistique que serait la clinique considérée comme champ d'expérience de sa croyance, selon un lien d'amour qui porterait l'espoir de transcender la castration. Ce n'est certes pas un hasard si les jésuites furent nombreux parmi les analystes.

Pourtant, le premier axiome de la clinique analytique réside dans l'existence de l'insensé. « Il y a de l'insensé », ce qui dans la clinique traduit l'affirmation métapsychologique qu'« il y a de l'inconscient », constitue une hypothèse première de la psychanalyse. Il y a de l'insensé dans le symptôme, que le symptôme déguise pour le cacher. L'analyse déconstruit le symptôme pour faire advenir le sujet au lieu de cet insensé. Donner sens au symptôme, c'est le rendre vain dans son essai de faire sens. La clinique analytique n'est justement pas une casuistique, elle ne procède pas par description et rationalisation. Cet insensé n'est pas un mystère fondateur, mais ce qui nous est justement livré dans une autre formation de l'inconscient que le symptôme, à savoir le mot d'esprit. Dans un texte remarquable de 1908 à propos des états maniaco-dépressifs, Karl Abraham émet l'idée que c'est la structure du mot d'esprit qui rend compte du passage de la phase dépressive à la phase maniaque, comme Freud, selon sa lecture, qui assimilait la formule paranoïaque de la projection à l'effet d'un mot d'esprit. Substituer au symptôme un mot d'esprit qui implique la dimension du tiers, au risque d'induire chez le sujet une phase hypermaniaque à l'envers de celle qu'évoque Balint, semble un moment clé du parcours analytique; mais le parcours ne se poursuit que si ce mot d'esprit est lui-même démonté comme formation de l'inconscient, sachant que le mot d'esprit consiste à mettre en avant le ratage du sens comme réalisation de la polysémie langagière. Ce n'est pas sans rapport avec le questionnement de Lacan sur la passe quand il évoque son rapport avec le *Witz*. Un moment que Lewis Carroll indique joliment, devant les analystes, avec non-sens: « C'était une coïncidence qui se promenait en compagnie d'un

petit accident; en chemin ils rencontrèrent une explication, une vieille explication, si vieille et si ratatinée qu'elle était pliée en deux et ressemblait fort à une devinette¹. »

La formule du symptôme se trouve dans le chapitre III de la Genèse, quand Dieu interroge Adam qui se cache en constatant sa propre nudité et celle de la femme. Dieu fait semblant de le chercher: « Où es-tu? » Il y a du symptôme parce que Dieu, l'omnivoyant, pose cette question. Plutôt que de répondre: « Si tu me cherches, tu vas me trouver », Adam se demande: « Mais que me veut-il donc celui-là? » Il y a du symptôme parce que chacun cherche à répondre par une question qui le travaille à une question qu'on ne lui pose pas. Autant dire que l'analyste se prend pour Dieu quand il pose des questions dont il a la réponse. J'en reviens à la clinique en suggérant un enjeu éthique. « J'ai réussi là où le paranoïaque échoue », écrit Freud à Ferenczi. C'est une des formules possibles, et partielles bien sûr, du désir de l'analyste: aller voir là où va voir le paranoïaque et même un peu plus loin. Substituer à l'intérêt pour le cas – étymologiquement, l'événement en tant qu'il nous tombe dessus, soit la même idée que dans le mot « symptôme » – un questionnement sur la cause – étymologiquement, le procès. Quels sont donc les protagonistes de cet échange verbal? Imaginez Adam, possédant la sagesse dont seules disposent les petites filles du genre Alice ou Zazie, et répondant à Dieu: « J'ai eu tort d'avoir peur d'être vu nu, parce que c'est toi qui m'as fait ainsi. » Il y a de l'insensé qui se dit parfois dans un mot d'esprit ou dans un mot d'enfant; il s'avère que l'Autre est lui aussi passible d'être barré par le signifiant, et que le fantasme n'évite pas tout à fait le surgissement du réel, impossible à supporter. De quoi déclencher une crise – étymologiquement, une décision – ce qui, après tout, définit peut-être la fin de l'analyse.

C'est pourquoi nous dirions que la clinique, c'est-à-dire à ce jour la clinique médicale, vient rigoureusement à la place du discours religieux, et plus précisément du discours théologique, de ces théologiens dont Lacan dit qu'ils sont les vrais

1. L. Carroll, *Logique sans peine*, Paris, Hermann, 1966.

Ainsi se mesure une des dimensions du transfert de l'analyste, et le rapport complexe qu'il entretient avec la religion, ne serait-ce que dans le maniement de cette casuistique que serait la clinique considérée comme champ d'expérience de sa croyance, selon un lien d'amour qui porterait l'espoir de transcender la castration. Ce n'est certes pas un hasard si les jésuites furent nombreux parmi les analystes.

Pourtant, le premier axiome de la clinique analytique réside dans l'existence de l'insensé. « Il y a de l'insensé », ce qui dans la clinique traduit l'affirmation métapsychologique qu'« il y a de l'inconscient », constitue une hypothèse première de la psychanalyse. Il y a de l'insensé dans le symptôme, que le symptôme déguise pour le cacher. L'analyse déconstruit le symptôme pour faire advenir le sujet au lieu de cet insensé. Donner sens au symptôme, c'est le rendre vain dans son essai de faire sens. La clinique analytique n'est justement pas une casuistique, elle ne procède pas par description et rationalisation. Cet insensé n'est pas un mystère fondateur, mais ce qui nous est justement livré dans une autre formation de l'inconscient que le symptôme, à savoir le mot d'esprit. Dans un texte remarquable de 1908 à propos des états maniaco-dépressifs, Karl Abraham émet l'idée que c'est la structure du mot d'esprit qui rend compte du passage de la phase dépressive à la phase maniaque, comme Freud, selon sa lecture, qui assimilait la formule paranoïaque de la projection à l'effet d'un mot d'esprit. Substituer au symptôme un mot d'esprit qui implique la dimension du tiers, au risque d'induire chez le sujet une phase hypermaniaque à l'envers de celle qu'évoque Balint, semble un moment clé du parcours analytique; mais le parcours ne se poursuit que si ce mot d'esprit est lui-même démonté comme formation de l'inconscient, sachant que le mot d'esprit consiste à mettre en avant le ratage du sens comme réalisation de la polysémie langagière. Ce n'est pas sans rapport avec le questionnement de Lacan sur la passe quand il évoque son rapport avec le *Witz*. Un moment que Lewis Carroll indique joliment, devant les analystes, avec non-sens: « C'était une coïncidence qui se promenait en compagnie d'un

petit accident; en chemin ils rencontrèrent une explication, une vieille explication, si vieille et si ratatinée qu'elle était pliée en deux et ressemblait fort à une devinette¹. »

La formule du symptôme se trouve dans le chapitre III de la Genèse, quand Dieu interroge Adam qui se cache en constatant sa propre nudité et celle de la femme. Dieu fait semblant de le chercher: « Où es-tu? » Il y a du symptôme parce que Dieu, l'omnivoyant, pose cette question. Plutôt que de répondre: « Si tu me cherches, tu vas me trouver », Adam se demande: « Mais que me veut-il donc celui-là? » Il y a du symptôme parce que chacun cherche à répondre par une question qui le travaille à une question qu'on ne lui pose pas. Autant dire que l'analyste se prend pour Dieu quand il pose des questions dont il a la réponse. J'en reviens à la clinique en suggérant un enjeu éthique. « J'ai réussi là où le paranoïaque échoue », écrit Freud à Ferenczi. C'est une des formules possibles, et partielles bien sûr, du désir de l'analyste: aller voir là où va voir le paranoïaque et même un peu plus loin. Substituer à l'intérêt pour le cas – étymologiquement, l'événement en tant qu'il nous tombe dessus, soit la même idée que dans le mot « symptôme » – un questionnement sur la cause – étymologiquement, le procès. Quels sont donc les protagonistes de cet échange verbal? Imaginez Adam, possédant la sagesse dont seules disposent les petites filles du genre Alice ou Zazie, et répondant à Dieu: « J'ai eu tort d'avoir peur d'être vu nu, parce que c'est toi qui m'as fait ainsi. » Il y a de l'insensé qui se dit parfois dans un mot d'esprit ou dans un mot d'enfant; il s'avère que l'Autre est lui aussi passible d'être barré par le signifiant, et que le fantasme n'évite pas tout à fait le surgissement du réel, impossible à supporter. De quoi déclencher une crise – étymologiquement, une décision – ce qui, après tout, définit peut-être la fin de l'analyse.

C'est pourquoi nous dirions que la clinique, c'est-à-dire à ce jour la clinique médicale, vient rigoureusement à la place du discours religieux, et plus précisément du discours théologique, de ces théologiens dont Lacan dit qu'ils sont les vrais

1. L. Carroll, *Logique sans peine*, Paris, Hermann, 1966.

athées parce qu'ils savent que Dieu a besoin d'eux pour faire valoir son existence. Mettre la clinique analytique à cette place ne va pas de soi. Le discours analytique n'est pas un discours médical et si l'analyste use de la clinique psychiatrique, ce n'est pas pour la compléter par une clinique du transfert, mais pour déplacer, dès la rencontre, l'axe observateur/observé. Le diagnostic, essentiellement différentiel (psychose/névrose), ne soutient pas sa place, et ne lui permet que de mesurer son geste de « désaxage ».

Alors, qu'en est-il d'un discours analytique sur la clinique analytique? Nous insistons sur le fait qu'aujourd'hui la clinique n'est pas première pour l'analyste. On pourrait reprendre l'histoire de la psychanalyse en montrant comment Freud, qui déjà, en 1878, écrit à son ami Knopfmacher qu'il préfère « écorcher des animaux » que de « torturer des hommes », et ne se dirige vers la médecine que poussé par les circonstances, a peut-être construit la théorie analytique contre la clinique. En effet, il a ainsi décentré l'intérêt pour le cas en visant une recherche sur la cause, en montrant comment la clinique analytique est indissociable d'une clinique de la théorie et d'une éthique de la pratique, en montrant comment le tournant de l'année 1897 est moins l'abandon de la théorie de la séduction – puisque comme le montrent Laplanche et Pontalis, Freud réservera cette question, même si c'est en isolant le concept de « réalité psychique » – que le jeu d'un décentrement fondateur, dans le sens d'une coupure épistémologique, vers un questionnement sur le sujet du savoir. À chaque fois que Freud se lance dans un exposé clinique, c'est avec des enjeux institutionnels. Il est connu, par exemple, que l'expérience de l'Homme aux loups permit à Freud de se démarquer de Jung, sans oublier que le cas Dora mit en jeu, dans les tergiversations de sa publication, les rapports de Freud avec les psychiatres viennois. L'Homme aux rats servit d'abord à souder le petit groupe des élèves jusqu'à la fondation de la société de Vienne et le petit Hans est la première analyse d'enfant, ouvrant un champ de pratique à sa fille Anna. Reste enfin le Président

Schreber, travail sur un texte, et certainement une « présentation de cas » exemplaire. Ce qui n'est pas sans conséquences puisque la présentation la moins compromise est celle d'un cas que Freud n'a pas analysé.

Une fois dit que le souci d'une clinique n'est pas premier pour l'analyste et que la clinique analytique a aussi peu de rapport, ou autant, avec la clinique psychiatrique, que l'inconscient freudien avec l'inconscient des philosophes, il reste néanmoins à la définir et à en déterminer l'usage dans la pratique, dans le travail théorique, et enfin dans la transmission de la psychanalyse. Avant quelques hypothèses, j'examinerai pourquoi et comment la question se pose pour moi.

Elle se pose d'abord parce que la psychanalyse, socialement, est de plus en plus souvent rangée sous la rubrique des « psychothérapies » et que ce n'est pas sans effet sur la position de l'analyste, s'il accepte cette étiquette comme l'y incite le législateur. Certes, la psychanalyse se démarque de la médecine, parce que guérir n'est pas la vocation de l'analyste, même s'il lui arrive de « guérir » un symptôme, ce qui, quand cette guérison survient trop rapidement, est gênant dans l'analyse. Il suffit de constater comment, dans les analyses d'enfants, la moindre amélioration est prétexte à une interruption. Les analystes d'enfants – je rejoindrai ici D. W. Winnicott contre M. Klein – doivent souligner que l'interprétation laisse ouvert tout un pan de la question, autant à l'adresse des parents que de l'enfant. Si la thérapeutique n'est qu'une des applications de la psychanalyse, il en existe d'autres. Les effets thérapeutiques dans une analyse ne sont précisément pas les seuls, et les autres effets ne sont pas secondaires; j'insiste sur « secondaires » parce qu'il n'y a rien de plus ennuyeux pour les médecins qui se veulent maîtres que les « effets secondaires », alors que ce sont les effets secondaires – S2 pour le dire autrement – qui intéressent l'analyste.

Cela n'empêche pourtant pas que des analysants viennent pour guérir et guérissent, ce qui parfois ne les arrange pas; de quoi se demander non pas « Qu'est-ce qu'ils me veulent donc? »

athées parce qu'ils savent que Dieu a besoin d'eux pour faire valoir son existence. Mettre la clinique analytique à cette place ne va pas de soi. Le discours analytique n'est pas un discours médical et si l'analyste use de la clinique psychiatrique, ce n'est pas pour la compléter par une clinique du transfert, mais pour déplacer, dès la rencontre, l'axe observateur/observé. Le diagnostic, essentiellement différentiel (psychose/névrose), ne soutient pas sa place, et ne lui permet que de mesurer son geste de « désaxage ».

Alors, qu'en est-il d'un discours analytique sur la clinique analytique? Nous insistons sur le fait qu'aujourd'hui la clinique n'est pas première pour l'analyste. On pourrait reprendre l'histoire de la psychanalyse en montrant comment Freud, qui déjà, en 1878, écrit à son ami Knopfmacher qu'il préfère « écorcher des animaux » que de « torturer des hommes », et ne se dirige vers la médecine que poussé par les circonstances, a peut-être construit la théorie analytique contre la clinique. En effet, il a ainsi décentré l'intérêt pour le cas en visant une recherche sur la cause, en montrant comment la clinique analytique est indissociable d'une clinique de la théorie et d'une éthique de la pratique, en montrant comment le tournant de l'année 1897 est moins l'abandon de la théorie de la séduction – puisque comme le montrent Laplanche et Pontalis, Freud réservera cette question, même si c'est en isolant le concept de « réalité psychique » – que le jeu d'un décentrement fondateur, dans le sens d'une coupure épistémologique, vers un questionnement sur le sujet du savoir. À chaque fois que Freud se lance dans un exposé clinique, c'est avec des enjeux institutionnels. Il est connu, par exemple, que l'expérience de l'Homme aux loups permit à Freud de se démarquer de Jung, sans oublier que le cas Dora mit en jeu, dans les tergiversations de sa publication, les rapports de Freud avec les psychiatres viennois. L'Homme aux rats servit d'abord à souder le petit groupe des élèves jusqu'à la fondation de la société de Vienne et le petit Hans est la première analyse d'enfant, ouvrant un champ de pratique à sa fille Anna. Reste enfin le Président

Schreber, travail sur un texte, et certainement une « présentation de cas » exemplaire. Ce qui n'est pas sans conséquences puisque la présentation la moins compromise est celle d'un cas que Freud n'a pas analysé.

Une fois dit que le souci d'une clinique n'est pas premier pour l'analyste et que la clinique analytique a aussi peu de rapport, ou autant, avec la clinique psychiatrique, que l'inconscient freudien avec l'inconscient des philosophes, il reste néanmoins à la définir et à en déterminer l'usage dans la pratique, dans le travail théorique, et enfin dans la transmission de la psychanalyse. Avant quelques hypothèses, j'examinerai pourquoi et comment la question se pose pour moi.

Elle se pose d'abord parce que la psychanalyse, socialement, est de plus en plus souvent rangée sous la rubrique des « psychothérapies » et que ce n'est pas sans effet sur la position de l'analyste, s'il accepte cette étiquette comme l'y incite le législateur. Certes, la psychanalyse se démarque de la médecine, parce que guérir n'est pas la vocation de l'analyste, même s'il lui arrive de « guérir » un symptôme, ce qui, quand cette guérison survient trop rapidement, est gênant dans l'analyse. Il suffit de constater comment, dans les analyses d'enfants, la moindre amélioration est prétexte à une interruption. Les analystes d'enfants – je rejoindrai ici D. W. Winnicott contre M. Klein – doivent souligner que l'interprétation laisse ouvert tout un pan de la question, autant à l'adresse des parents que de l'enfant. Si la thérapeutique n'est qu'une des applications de la psychanalyse, il en existe d'autres. Les effets thérapeutiques dans une analyse ne sont précisément pas les seuls, et les autres effets ne sont pas secondaires; j'insiste sur « secondaires » parce qu'il n'y a rien de plus ennuyeux pour les médecins qui se veulent maîtres que les « effets secondaires », alors que ce sont les effets secondaires – S2 pour le dire autrement – qui intéressent l'analyste.

Cela n'empêche pourtant pas que des analysants viennent pour guérir et guérissent, ce qui parfois ne les arrange pas; de quoi se demander non pas « Qu'est-ce qu'ils me veulent donc? »

– question qui s’adresse au versant non analysé de l’analyste, susceptible de lui servir dans l’analyse mais qui ne fonde pas sa place – mais plutôt comment cette demande qui est toujours la même, demande d’amour, se formule pourtant de manière à chaque fois différente? Du côté de l’analyste, il changera à chaque fois de rôle et il faudra évoquer ce qui, contre ce rôle, le redouble pour permettre l’analyse réflexive de ce rôle, à savoir le contrôle. Dès lors y a-t-il matière à s’interroger sur ce qui fait qu’une demande peut être demande d’analyse, mais aussi en quoi d’autres n’en sont pas, sauf à être abusivement considérer comme telles. C’est une question qui est loin d’aller de soi, y compris pour Freud, à moins d’accepter, ce qui n’est pas sans conséquence, qu’il y a demande d’analyse quand le demandeur est sympathique et intelligent ou, ce qui n’est pas rien non plus, que la seule contre-indication à l’analyse serait la psychose; nous reviendrons plus loin sur la question des «contre-indications». Existe-t-il une objectivité de la réponse de l’analyste à cette demande, si l’on admet que l’objectivité définit le discours universitaire agité par l’objet (a), et non le discours analytique?

Quel type de savoir est alors utilisable par l’analyste? Répondre «Faites comme il vous plaira» n’a pour effet que de faire basculer l’analyste de l’autre côté, vers le discours hystérique, en renvoyant le savoir en place de produit. Toute demande d’analyse pose un conflit pour l’analyste, active ce qu’il en est de son désir, sur lequel il ne doit pas céder dans sa mise en jeu dans la cure, à moins qu’il n’entretienne le doute sur son désir avec une délectation obsessionnelle. La clinique vient nécessairement comme formulation d’une question à cette place, et n’est analytique qu’à ne pas esquiver le conflit. Autrement dit, il n’y aura de clinique analytique que problématique, paradoxale, animée par l’interrogation éthique.

En second lieu, je m’interroge sur ce qui se transmet de la psychanalyse et par quelle voie. D’abord sa métaphysique: j’appelle métaphysique de la psychanalyse, en me référant à Freud, la métapsychologie. Il y a une doctrine freudienne,

une construction de savoir, qui se déroule autour d’un énoncé: «Il y a de l’inconscient.» Méta-physique, en deux mots, parce qu’il ne s’agit pas de comprendre la φύσις, la nature, ni le réel, pas plus que de l’expliquer, mais d’étudier ce qui ordonne la réalité, ce qui double le Réel et constitue, dans l’écart du Signifiant et du Réel, la réalité psychique. Je mets la nature de côté et j’en soustrais ce qui fait semblant de sens. La méta-physique nous fait faire le tour de la φύσις, l’air de ne pas y toucher, c’est-à-dire passe par une critique de la science naturelle et naturaliste, comme de toute cosmologie. On ne s’est pas beaucoup interrogé sur le fait que la psychanalyse est créée au moment même où la physique, précisément, est touchée par une crise qui affecte son objet et son objectivité. On ne s’est pas beaucoup interrogé, malgré les questions de Lacan, sur le fait que si la psychanalyse contredit les philosophes, c’est qu’elle intervient dans leur champ, celui de la théorisation de la théorie comme de la pratique. Je cite Freud dans son texte sur la Laïenanalyse: «Nous laissons de côté l’essence des choses, pour ne nous occuper que de leur situation dans l’espace.» Outre que Freud ouvre ainsi le champ de la topologie, il intervient là où, à la même époque, Husserl intervient sur un autre mode. Cette doctrine freudienne, dont la forme pourrait d’ailleurs être assez proche de *L’éthique* de Spinoza, peut s’enseigner. Elle peut s’enseigner comme une métaphysique, dans le même registre, à l’Université. Mais en la désignant comme telle, on évitera de faire croire qu’elle serve, par elle-même, à autre chose que n’importe quelle autre métaphysique, c’est-à-dire à boucher les trous idéologiques, masquer les failles théoriques. La doctrine freudienne n’est pas inutile, elle renouvelle le discours universitaire, ce qui n’est pas un mal. L’Université se nourrit de la subversion, ça l’entretient (Mai 68), mais en même temps, cette théorisation qui porte une dimension de fiction est nécessaire pour marquer à l’adresse des analystes que la pratique, précisément tirée vers la thérapeutique, ce n’est pas tout. Cette doctrine constitue le premier de la théorie du psychanalyste dans la cure ; état qui sera révisé par la cure

– question qui s’adresse au versant non analysé de l’analyste, susceptible de lui servir dans l’analyse mais qui ne fonde pas sa place – mais plutôt comment cette demande qui est toujours la même, demande d’amour, se formule pourtant de manière à chaque fois différente? Du côté de l’analyste, il changera à chaque fois de rôle et il faudra évoquer ce qui, contre ce rôle, le redouble pour permettre l’analyse réflexive de ce rôle, à savoir le contrôle. Dès lors y a-t-il matière à s’interroger sur ce qui fait qu’une demande peut être demande d’analyse, mais aussi en quoi d’autres n’en sont pas, sauf à être abusivement considérer comme telles. C’est une question qui est loin d’aller de soi, y compris pour Freud, à moins d’accepter, ce qui n’est pas sans conséquence, qu’il y a demande d’analyse quand le demandeur est sympathique et intelligent ou, ce qui n’est pas rien non plus, que la seule contre-indication à l’analyse serait la psychose; nous reviendrons plus loin sur la question des «contre-indications». Existe-t-il une objectivité de la réponse de l’analyste à cette demande, si l’on admet que l’objectivité définit le discours universitaire agité par l’objet (a), et non le discours analytique?

Quel type de savoir est alors utilisable par l’analyste? Répondre «Faites comme il vous plaira» n’a pour effet que de faire basculer l’analyste de l’autre côté, vers le discours hystérique, en renvoyant le savoir en place de produit. Toute demande d’analyse pose un conflit pour l’analyste, active ce qu’il en est de son désir, sur lequel il ne doit pas céder dans sa mise en jeu dans la cure, à moins qu’il n’entretienne le doute sur son désir avec une délectation obsessionnelle. La clinique vient nécessairement comme formulation d’une question à cette place, et n’est analytique qu’à ne pas esquiver le conflit. Autrement dit, il n’y aura de clinique analytique que problématique, paradoxale, animée par l’interrogation éthique.

En second lieu, je m’interroge sur ce qui se transmet de la psychanalyse et par quelle voie. D’abord sa métaphysique: j’appelle métaphysique de la psychanalyse, en me référant à Freud, la métapsychologie. Il y a une doctrine freudienne,

une construction de savoir, qui se déroule autour d’un énoncé: «Il y a de l’inconscient.» Méta-physique, en deux mots, parce qu’il ne s’agit pas de comprendre la φύσις, la nature, ni le réel, pas plus que de l’expliquer, mais d’étudier ce qui ordonne la réalité, ce qui double le Réel et constitue, dans l’écart du Signifiant et du Réel, la réalité psychique. Je mets la nature de côté et j’en soustrais ce qui fait semblant de sens. La méta-physique nous fait faire le tour de la φύσις, l’air de ne pas y toucher, c’est-à-dire passe par une critique de la science naturelle et naturaliste, comme de toute cosmologie. On ne s’est pas beaucoup interrogé sur le fait que la psychanalyse est créée au moment même où la physique, précisément, est touchée par une crise qui affecte son objet et son objectivité. On ne s’est pas beaucoup interrogé, malgré les questions de Lacan, sur le fait que si la psychanalyse contredit les philosophes, c’est qu’elle intervient dans leur champ, celui de la théorisation de la théorie comme de la pratique. Je cite Freud dans son texte sur la Laïenanalyse: «Nous laissons de côté l’essence des choses, pour ne nous occuper que de leur situation dans l’espace.» Outre que Freud ouvre ainsi le champ de la topologie, il intervient là où, à la même époque, Husserl intervient sur un autre mode. Cette doctrine freudienne, dont la forme pourrait d’ailleurs être assez proche de *L’éthique* de Spinoza, peut s’enseigner. Elle peut s’enseigner comme une métaphysique, dans le même registre, à l’Université. Mais en la désignant comme telle, on évitera de faire croire qu’elle serve, par elle-même, à autre chose que n’importe quelle autre métaphysique, c’est-à-dire à boucher les trous idéologiques, masquer les failles théoriques. La doctrine freudienne n’est pas inutile, elle renouvelle le discours universitaire, ce qui n’est pas un mal. L’Université se nourrit de la subversion, ça l’entretient (Mai 68), mais en même temps, cette théorisation qui porte une dimension de fiction est nécessaire pour marquer à l’adresse des analystes que la pratique, précisément tirée vers la thérapeutique, ce n’est pas tout. Cette doctrine constitue le premier de la théorie du psychanalyste dans la cure ; état qui sera révisé par la cure

elle-même, jusqu'à ce que s'élabore, vers la fin de chaque analyse, entre l'analysant et l'analyste, une théorie adéquate à chaque cure. Le désir de savoir, d'un savoir totalitaire et dogmatique, démarquant l'analyste du désir de guérir, ménage la dynamique du discours analytique, en tant que l'objet qui l'anime n'est saisissable que dans le fantasme.

En cela, il est impossible de faire la part d'une doctrine freudienne enseignable de celle qui ne le serait pas. Les limites sont celles de l'enseignement, en tant que tout enseignement, quel qu'en soit le cadre, participe du discours universitaire qui met l'objet (a) à la place de l'autre. Ce pourquoi l'enseignement de Lacan, dont l'après-coup est universitaire, embarrasse les analystes. L'acte qui, comme il le disait, le sauvait de l'enseignement, n'est plus possible.

Que se transmet-il de la psychanalyse, hors de l'enseignement? C'est ce qui se transmet dans l'expérience analytique, c'est-à-dire une éthique, comme reste de ce que l'analysant analyse de son désir d'être analyste. Si, grâce à un analyste résistant à la psychanalyse, il reste convaincu, solidaire des solides certitudes de son maître, que c'est le plus beau et le plus vrai de tous les métiers du monde, ils iront ensemble « fabriquer » de parfaits analysés-analystes, moïquement autonomes ou militants de leur filiation. Par contre, s'il découvre que l'erreur sur la personne est ce qui reste du rapport intersubjectif, il en saura un bout sur le transfert, qui lui permettra peut-être d'en accepter le risque pour son compte et celui d'un autre, sans interdire l'analyse. S'il s'avère que pour lui l'insensé fait à chaque fois obstacle à l'objectivité, il en restera peut-être une certaine approche de ce qu'est l'interprétation analytique, en ce qu'elle n'est pas une simple traduction. Enfin, s'il accepte d'être le prête-nom d'une mise imaginaire sur le Réel, il mesurera quelle position de semblant de l'objet (a) lui laisse la place d'analyste.

Rien ne montre que l'analyse dite « didactique » transmette ce qui fait que l'analysé ait guéri, ni sur quel mode, hors du constat d'une modification subjective. Certes, chacun peut indiquer à la fin de son analyse ce qu'il en a été de l'acte

analytique. Mais ce qui lui permettra à son tour de s'engager dans cet acte n'est pas contenu dans cette expérience. Si l'acte analytique est une opération sur le signifiant, l'analyse de l'analyste le mène plus facilement à une profession de foi en l'inconscient qu'à l'exercice du métier. C'est pour savoir ce qui se transmettait que Lacan a inventé la passe en 1967 et c'est sans doute ce qui le conduit, une dizaine d'années plus tard, à considérer que l'expérience de la passe a été un échec. On peut dire que l'analyse de l'analyste est condition nécessaire à la mesure de l'éthique de la psychanalyse, mais elle est insuffisante à authentifier une pratique comme analytique. Il n'y a d'enseignement que d'une doctrine, de transmission que d'une éthique, celle qui rend compte du transfert.

Que peut-on en dire de la clinique, si l'enseignement de la doctrine induit la place dans le monde de la psychanalyse, psychanalyse en extension, et si la transmission d'une éthique définit la spécificité de la solitude de chaque analyste, psychanalyse en intension? Que ce soit du côté de l'enseignement d'une doctrine ou de la transmission d'une éthique, des éléments cliniques passent sur chaque versant. Chacun dévoile, en effet, pour son propre compte des formations de l'inconscient. Mais la clinique elle-même se situe à l'intersection de la psychanalyse en intension et de la psychanalyse en extension, au lieu même, topologiquement situable, où Lacan instaure la passe, cette passe dont l'expérience ne lui a rien appris. On peut d'ailleurs souligner que la proposition de 1967 vient en réponse à un projet de François Perrier, créant un collège clinique, distinct de l'École freudienne. Par ailleurs, ceux qui se sont opposés à la passe l'ont fait au nom du primat de la clinique.

Lacan nous donne à ce propos une autre indication quand il avance que les mathèmes viennent pour lui à la place des présentations de malades, qu'il a poursuivies, dit-il, « à cause de sa mauvaise éducation », à savoir celle de ses maîtres en psychiatrie. Or les mathèmes, il faut bien le dire, semblent mener à une impasse ; ou bien, ils servent à construire un système de type métaphysique, et ils participent à l'élabora-

elle-même, jusqu'à ce que s'élabore, vers la fin de chaque analyse, entre l'analysant et l'analyste, une théorie adéquate à chaque cure. Le désir de savoir, d'un savoir totalitaire et dogmatique, démarquant l'analyste du désir de guérir, ménage la dynamique du discours analytique, en tant que l'objet qui l'anime n'est saisissable que dans le fantasme.

En cela, il est impossible de faire la part d'une doctrine freudienne enseignable de celle qui ne le serait pas. Les limites sont celles de l'enseignement, en tant que tout enseignement, quel qu'en soit le cadre, participe du discours universitaire qui met l'objet (a) à la place de l'autre. Ce pourquoi l'enseignement de Lacan, dont l'après-coup est universitaire, embarrasse les analystes. L'acte qui, comme il le disait, le sauvait de l'enseignement, n'est plus possible.

Que se transmet-il de la psychanalyse, hors de l'enseignement? C'est ce qui se transmet dans l'expérience analytique, c'est-à-dire une éthique, comme reste de ce que l'analysant analyse de son désir d'être analyste. Si, grâce à un analyste résistant à la psychanalyse, il reste convaincu, solidaire des solides certitudes de son maître, que c'est le plus beau et le plus vrai de tous les métiers du monde, ils iront ensemble « fabriquer » de parfaits analysés-analystes, moïquement autonomes ou militants de leur filiation. Par contre, s'il découvre que l'erreur sur la personne est ce qui reste du rapport intersubjectif, il en saura un bout sur le transfert, qui lui permettra peut-être d'en accepter le risque pour son compte et celui d'un autre, sans interdire l'analyse. S'il s'avère que pour lui l'insensé fait à chaque fois obstacle à l'objectivité, il en restera peut-être une certaine approche de ce qu'est l'interprétation analytique, en ce qu'elle n'est pas une simple traduction. Enfin, s'il accepte d'être le prête-nom d'une mise imaginaire sur le Réel, il mesurera quelle position de semblant de l'objet (a) lui laisse la place d'analyste.

Rien ne montre que l'analyse dite « didactique » transmette ce qui fait que l'analysé ait guéri, ni sur quel mode, hors du constat d'une modification subjective. Certes, chacun peut indiquer à la fin de son analyse ce qu'il en a été de l'acte

analytique. Mais ce qui lui permettra à son tour de s'engager dans cet acte n'est pas contenu dans cette expérience. Si l'acte analytique est une opération sur le signifiant, l'analyse de l'analyste le mène plus facilement à une profession de foi en l'inconscient qu'à l'exercice du métier. C'est pour savoir ce qui se transmettait que Lacan a inventé la passe en 1967 et c'est sans doute ce qui le conduit, une dizaine d'années plus tard, à considérer que l'expérience de la passe a été un échec. On peut dire que l'analyse de l'analyste est condition nécessaire à la mesure de l'éthique de la psychanalyse, mais elle est insuffisante à authentifier une pratique comme analytique. Il n'y a d'enseignement que d'une doctrine, de transmission que d'une éthique, celle qui rend compte du transfert.

Que peut-on en dire de la clinique, si l'enseignement de la doctrine induit la place dans le monde de la psychanalyse, psychanalyse en extension, et si la transmission d'une éthique définit la spécificité de la solitude de chaque analyste, psychanalyse en intension? Que ce soit du côté de l'enseignement d'une doctrine ou de la transmission d'une éthique, des éléments cliniques passent sur chaque versant. Chacun dévoile, en effet, pour son propre compte des formations de l'inconscient. Mais la clinique elle-même se situe à l'intersection de la psychanalyse en intension et de la psychanalyse en extension, au lieu même, topologiquement situable, où Lacan instaure la passe, cette passe dont l'expérience ne lui a rien appris. On peut d'ailleurs souligner que la proposition de 1967 vient en réponse à un projet de François Perrier, créant un collège clinique, distinct de l'École freudienne. Par ailleurs, ceux qui se sont opposés à la passe l'ont fait au nom du primat de la clinique.

Lacan nous donne à ce propos une autre indication quand il avance que les mathèmes viennent pour lui à la place des présentations de malades, qu'il a poursuivies, dit-il, « à cause de sa mauvaise éducation », à savoir celle de ses maîtres en psychiatrie. Or les mathèmes, il faut bien le dire, semblent mener à une impasse ; ou bien, ils servent à construire un système de type métaphysique, et ils participent à l'élabora-

tion de la doctrine, avec plus de rigueur, ou bien chacun construit son propre mathème, celui de son analyse, et l'intersection n'est pas plus transmissible.

Pour définir ce qu'il en est de la clinique analytique et d'un discours analytique sur cette clinique, peut-être conviendrait-il de revenir à la question de cette intersection intension/extension, et à la spécificité du discours analytique. Problème éminemment actuel, puisque les institutions analytiques s'y confrontent et que la clinique pose précisément une question institutionnelle. Les institutions analytiques organisent ce rapport psychanalyse en intension/psychanalyse en extension, en tant que, d'une part, la clinique serait la preuve de l'efficacité de la psychanalyse, la raison de son existence sociale, et que, d'autre part, ce serait par la clinique que l'analyste ferait ses preuves, preuves qu'il est analyste ; mais elles en sont souvent venues à privilégier les soucis propagandistes et pédagogiques sur les questions éthiques et épistémologiques. Le discours sur la clinique qui en était le produit ressort plus du légendaire à l'attention des apprentis ou du pseudo-médical à l'usage de ceux qui font affaire avec la psychiatrie, que de l'analytique, en sa spécificité. Ce n'est pas du fait d'une incompetence mais surtout d'une difficulté de structure à spécifier cette clinique, et de ce qu'il pourrait en être d'un discours analytique sur la clinique.

Pour l'évoquer, je reprendrai un lapsus de Lacan, du 8 mars 1977². Je cite : « Je vous rappelle que la place du semblant, où j'ai mis l'objet (a) n'est pas celle que j'ai articulée de la vérité. »

$$\text{(Et Lacan écrit au tableau)} \quad \frac{a}{\$} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

(Il reprend) « Comment un sujet, avec sa faiblesse, sa débilité, peut-il tenir la place de la vérité, et même faire que ça ait des résultats situables de cette façon, à savoir qu'un savoir... » (sur quoi Miller l'interrompt et lui fait remarquer son erreur³).

2. *Ornicar*, n° 16, 1979.

3. La véritable écriture du discours de l'analyste est : $\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$.

Lacan corrige et reprend autrement son argumentation). « C'est incontestablement mieux comme ça, mais la faille entre les deux places inférieures n'en est que plus troublante. S1, ce n'est que le commencement du savoir, et un savoir qui se contente de toujours commencer ça n'arrive à rien. » Il conclut alors sur son pessimisme quant à la psychanalyse.

Je n'épiloguerai pas sur la rectification de Miller, car c'est celle qu'on attend de l'élève, sauf qu'elle nous prive peut-être d'une invention telle qu'on peut la produire, y compris Lacan, dans un lapsus. On constate que dans ce quadripode, celui du lapsus, trois quadripodes sont mélangés, mais pas celui de l'universitaire : (a) occupe la place qui lui est attribuée dans le discours analytique ; \$, la même place que dans le discours du maître ; S1 et S2, les places qu'ils occupent dans le discours de l'hystérique. Cette question « Comment un sujet peut-il tenir la place de la vérité et faire que ça ait des résultats situables ? » est précisément celle de la clinique et ce discours – où le sujet serait en place de vérité et, en même temps, le savoir en place de produit – est impossible. Sauf à combiner, alterner ou changer de discours entre celui du maître et celui de l'hystérique. Autrement dit, le seul discours clinique qui fonctionne est celui qui existe entre le malade et son médecin, et non entre l'analysant et l'analyste, pour autant qu'on assigne au malade le discours de l'hystérique et au médecin le discours du maître. Le discours analytique, lui, ne produit qu'un « commencement de savoir », un commencement qui laisse l'analyste en position de semblant et l'analysant comme sujet divisé. On pourrait bien sûr repérer d'autres choses dans ce lapsus, ne serait-ce que sa proximité avec le discours hystérique, (a) et \$ étant intervertis⁴.

Avec Lacan, la question de ce qu'il en serait d'une clinique analytique ou d'un discours analytique sur cette clinique reste entière, même si sur les questions de l'usage de la clinique, de la discrétion médicale dans son rapport au secret dans l'analyse, de la fonction thérapeutique et extra-thérapeutique de l'analyse, Freud et Lacan ont tour à tour

4. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre 6.

tion de la doctrine, avec plus de rigueur, ou bien chacun construit son propre mathème, celui de son analyse, et l'intersection n'est pas plus transmissible.

Pour définir ce qu'il en est de la clinique analytique et d'un discours analytique sur cette clinique, peut-être conviendrait-il de revenir à la question de cette intersection intension/extension, et à la spécificité du discours analytique. Problème éminemment actuel, puisque les institutions analytiques s'y confrontent et que la clinique pose précisément une question institutionnelle. Les institutions analytiques organisent ce rapport psychanalyse en intension/psychanalyse en extension, en tant que, d'une part, la clinique serait la preuve de l'efficacité de la psychanalyse, la raison de son existence sociale, et que, d'autre part, ce serait par la clinique que l'analyste ferait ses preuves, preuves qu'il est analyste ; mais elles en sont souvent venues à privilégier les soucis propagandistes et pédagogiques sur les questions éthiques et épistémologiques. Le discours sur la clinique qui en était le produit ressort plus du légendaire à l'attention des apprentis ou du pseudo-médical à l'usage de ceux qui font affaire avec la psychiatrie, que de l'analytique, en sa spécificité. Ce n'est pas du fait d'une incompétence mais surtout d'une difficulté de structure à spécifier cette clinique, et de ce qu'il pourrait en être d'un discours analytique sur la clinique.

Pour l'évoquer, je reprendrai un lapsus de Lacan, du 8 mars 1977². Je cite : « Je vous rappelle que la place du semblant, où j'ai mis l'objet (a) n'est pas celle que j'ai articulée de la vérité. »

$$\text{(Et Lacan écrit au tableau)} \quad \frac{a}{\$} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

(Il reprend) « Comment un sujet, avec sa faiblesse, sa débilité, peut-il tenir la place de la vérité, et même faire que ça ait des résultats situables de cette façon, à savoir qu'un savoir... » (sur quoi Miller l'interrompt et lui fait remarquer son erreur³).

2. *Ornicar*, n° 16, 1979.

3. La véritable écriture du discours de l'analyste est : $\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$.

Lacan corrige et reprend autrement son argumentation). « C'est incontestablement mieux comme ça, mais la faille entre les deux places inférieures n'en est que plus troublante. S1, ce n'est que le commencement du savoir, et un savoir qui se contente de toujours commencer ça n'arrive à rien. » Il conclut alors sur son pessimisme quant à la psychanalyse.

Je n'épiloguerai pas sur la rectification de Miller, car c'est celle qu'on attend de l'élève, sauf qu'elle nous prive peut-être d'une invention telle qu'on peut la produire, y compris Lacan, dans un lapsus. On constate que dans ce quadripode, celui du lapsus, trois quadripodes sont mélangés, mais pas celui de l'universitaire : (a) occupe la place qui lui est attribuée dans le discours analytique ; \$, la même place que dans le discours du maître ; S1 et S2, les places qu'ils occupent dans le discours de l'hystérique. Cette question « Comment un sujet peut-il tenir la place de la vérité et faire que ça ait des résultats situables ? » est précisément celle de la clinique et ce discours – où le sujet serait en place de vérité et, en même temps, le savoir en place de produit – est impossible. Sauf à combiner, alterner ou changer de discours entre celui du maître et celui de l'hystérique. Autrement dit, le seul discours clinique qui fonctionne est celui qui existe entre le malade et son médecin, et non entre l'analysant et l'analyste, pour autant qu'on assigne au malade le discours de l'hystérique et au médecin le discours du maître. Le discours analytique, lui, ne produit qu'un « commencement de savoir », un commencement qui laisse l'analyste en position de semblant et l'analysant comme sujet divisé. On pourrait bien sûr repérer d'autres choses dans ce lapsus, ne serait-ce que sa proximité avec le discours hystérique, (a) et \$ étant intervertis⁴.

Avec Lacan, la question de ce qu'il en serait d'une clinique analytique ou d'un discours analytique sur cette clinique reste entière, même si sur les questions de l'usage de la clinique, de la discrétion médicale dans son rapport au secret dans l'analyse, de la fonction thérapeutique et extra-thérapeutique de l'analyse, Freud et Lacan ont tour à tour

4. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre 6.

accentué l'hétérogénéité potentielle de la clinique analytique, ne serait-ce que dans ce qui se propose comme visée: une étiologie structurale qui s'opposerait à la classification nosographique, rendant compte de la demande de guérison dans la description de la structure même, et chez le paranoïaque, du délire comme tentative de guérison. Je n'en suis certes pas à proposer ce nouveau discours analytique, mais plusieurs lignes de recherche.

La première est celle de l'usage de la clinique analytique, et, surtout, dans la pratique de l'analyse. J'en reviendrai simplement à une remarque de Freud dans les *Études sur l'hystérie* (1895), chapitre IV, qui concerne la psychothérapie de l'hystérie: «Il est fort malaisé de se faire une opinion exacte d'un cas de névrose avant d'avoir soumis celui-ci à une analyse approfondie, qui ne peut être différenciée de celle utilisée par Breuer. Pourtant, c'est avant même de connaître en détail le cas, que l'on se voit obligé d'établir un diagnostic et de déterminer le traitement⁵.» Pour le dire autrement, le seul critère de validité d'une indication d'analyse ne peut être produit que dans l'analyse. Sur quoi Freud indique que la conduite à tenir est de s'appuyer sur l'existence d'un minimum d'hystérie chez le patient. On en arrive aujourd'hui au même constat, bien qu'on en sache un peu plus sur le transfert et sur la demande, au point d'avancer que, par le contrat analytique, l'analysant est peut-être mis en position de tenir un discours hystérique.

Pour aller plus loin, on pourrait reprendre le néologisme de Lacan, «cliniquer», et poser que dès le premier entretien, il y a acte analytique de construction. Ce serait le sens des entretiens préliminaires durant lesquels il s'agit non pas de repérage clinique de la structure, mais, par l'effet de la non-réponse à la demande, de «cliniquer» l'analysant, de quoi l'allonger sur son petit lit. L'interprétation analytique n'est pas constat ou verdict, mais – parce que ponctuation de ce que toute parole est une demande et tire origine de ce qui fait

défaut au Réel, demande insatisfaite et insatisfaisante, car prise au piège de la duplicité de la langue – invention du sujet, divisé, sur les traces mêmes de son impuissance à répondre de l'Autre.

Pour l'analyste, il n'y a pas d'autre usage de la clinique que celui-ci: repérer en début d'analyse ce qu'il en est d'une demande et rappeler à l'analysant que, déjà, lui-même occupe la place de semblant, semblant d'interlocuteur; en cours d'analyse, souligner que son savoir est insuffisant à combler le champ de la vérité, où du savoir à venir est à mettre en place dont il n'est pas le sujet, sinon d'être supposé tel; en fin d'analyse, à mesurer que ce qui est produit n'est qu'un «commencement de savoir», d'un savoir sans sujet, dont l'objet est le savoir lui-même. L'usage de la clinique dans l'expérience analytique, c'est que l'expérience analytique use la clinique. À quoi sert la psychanalyse? Lacan répondrait: à faire patienter. «Soyez patients», c'est une injonction qui déplace curieusement la dynamique de l'analyse, en valorisant dans ce mot la temporalité contre la passivité. Il faut être patient pour être analyste: ce jeu de mot a le mérite de souligner qu'une clinique analytique n'est possible que si elle rend compte, non d'un tableau clinique le plus exact qui soit, mais d'une dynamique, celle de la cure. Une clinique ne sera analytique qu'à inclure une diachronie.

J'en arrive par là au deuxième point de ces hypothèses préliminaires: la clinique analytique n'est structurale que parce qu'elle n'est pas figurative. Si l'on peut parler de structuralisme en psychanalyse, ce n'est pas dans le sens d'une représentation plus pure de ce qui est visé par la figuration. C'est bien plutôt qu'il y a une dimension en plus, ou en moins, et l'on rejoint là la question des enjeux de la physique contemporaine. À ce propos, on peut rappeler les propos de François Wahl dans *Structuralisme en philosophie*, «c'est dans le signifiant que l'analyste trouve l'ordre où repérer son expérience⁶». La clinique telle qu'elle se construit à partir de présentations de cas est une

5. S. Freud, *Études sur l'hystérie* (1895), chapitre IV, Paris, PUF, 1956.

6. F. Wahl, *Le structuralisme en philosophie*, Paris, Le Seuil, 1968.

accentué l'hétérogénéité potentielle de la clinique analytique, ne serait-ce que dans ce qui se propose comme visée : une étiologie structurale qui s'opposerait à la classification nosographique, rendant compte de la demande de guérison dans la description de la structure même, et chez le paranoïaque, du délire comme tentative de guérison. Je n'en suis certes pas à proposer ce nouveau discours analytique, mais plusieurs lignes de recherche.

La première est celle de l'usage de la clinique analytique, et, surtout, dans la pratique de l'analyse. J'en reviendrai simplement à une remarque de Freud dans les *Études sur l'hystérie* (1895), chapitre IV, qui concerne la psychothérapie de l'hystérie : « Il est fort malaisé de se faire une opinion exacte d'un cas de névrose avant d'avoir soumis celui-ci à une analyse approfondie, qui ne peut être différenciée de celle utilisée par Breuer. Pourtant, c'est avant même de connaître en détail le cas, que l'on se voit obligé d'établir un diagnostic et de déterminer le traitement⁵. » Pour le dire autrement, le seul critère de validité d'une indication d'analyse ne peut être produit que dans l'analyse. Sur quoi Freud indique que la conduite à tenir est de s'appuyer sur l'existence d'un minimum d'hystérie chez le patient. On en arrive aujourd'hui au même constat, bien qu'on en sache un peu plus sur le transfert et sur la demande, au point d'avancer que, par le contrat analytique, l'analysant est peut-être mis en position de tenir un discours hystérique.

Pour aller plus loin, on pourrait reprendre le néologisme de Lacan, « cliniquer », et poser que dès le premier entretien, il y a acte analytique de construction. Ce serait le sens des entretiens préliminaires durant lesquels il s'agit non pas de repérage clinique de la structure, mais, par l'effet de la non-réponse à la demande, de « cliniquer » l'analysant, de quoi l'allonger sur son petit lit. L'interprétation analytique n'est pas constat ou verdict, mais – parce que ponctuation de ce que toute parole est une demande et tire origine de ce qui fait

défaut au Réel, demande insatisfaite et insatisfaisante, car prise au piège de la duplicité de la langue – invention du sujet, divisé, sur les traces mêmes de son impuissance à répondre de l'Autre.

Pour l'analyste, il n'y a pas d'autre usage de la clinique que celui-ci : repérer en début d'analyse ce qu'il en est d'une demande et rappeler à l'analysant que, déjà, lui-même occupe la place de semblant, semblant d'interlocuteur ; en cours d'analyse, souligner que son savoir est insuffisant à combler le champ de la vérité, où du savoir à venir est à mettre en place dont il n'est pas le sujet, sinon d'être supposé tel ; en fin d'analyse, à mesurer que ce qui est produit n'est qu'un « commencement de savoir », d'un savoir sans sujet, dont l'objet est le savoir lui-même. L'usage de la clinique dans l'expérience analytique, c'est que l'expérience analytique use la clinique. À quoi sert la psychanalyse ? Lacan répondrait : à faire patienter. « Soyez patients », c'est une injonction qui déplace curieusement la dynamique de l'analyse, en valorisant dans ce mot la temporalité contre la passivité. Il faut être patient pour être analyste : ce jeu de mot a le mérite de souligner qu'une clinique analytique n'est possible que si elle rend compte, non d'un tableau clinique le plus exact qui soit, mais d'une dynamique, celle de la cure. Une clinique ne sera analytique qu'à inclure une diachronie.

J'en arrive par là au deuxième point de ces hypothèses préliminaires : la clinique analytique n'est structurale que parce qu'elle n'est pas figurative. Si l'on peut parler de structuralisme en psychanalyse, ce n'est pas dans le sens d'une représentation plus pure de ce qui est visé par la figuration. C'est bien plutôt qu'il y a une dimension en plus, ou en moins, et l'on rejoint là la question des enjeux de la physique contemporaine. À ce propos, on peut rappeler les propos de François Wahl dans *Structuralisme en philosophie*, « c'est dans le signifiant que l'analyste trouve l'ordre où repérer son expérience⁶ ». La clinique telle qu'elle se construit à partir de présentations de cas est une

5. S. Freud, *Études sur l'hystérie* (1895), chapitre IV, Paris, PUF, 1956.

6. F. Wahl, *Le structuralisme en philosophie*, Paris, Le Seuil, 1968.

mise à plat qui trahit la dynamique de la cure et celle du sujet, en tant que cette dynamique n'est pas supplémentaire, mais déjà inscrite dans le symptôme.

Il ne peut s'agir de tirer le trait d'un cas dans le sens de l'exemplaire ; si un portrait clinique est considéré comme pédagogiquement utile, la littérature suffit à fournir matière à cet exercice en montrant par là même sa nature fictive. Il faut bien dire que les cas freudiens constituent un corpus légendaire et que la présentation de cas ne trouve souvent sa place qu'à titre d'illustration. Le trait qui, du symptôme, fait l'unicité d'un sujet, ne peut se rapporter à un type clinique que sur le mode de l'analogie dont on peut indiquer la dimension : une présentation de cas est du registre de l'imaginaire. La monstration du malade, son intervention actuelle, permet de le repérer. Les conséquences de cette assertion, si on l'accepte, c'est que les « présentations de cas » qui assurent un corpus à la communauté des analystes n'ont cet effet que parce qu'elles trahissent la dynamique de l'analyse, précisément celle du transfert en ses deux faces, du côté de l'analysant et du côté de l'analyste, au profit d'un semblant de transmission.

Il ne saurait y avoir de clinique analytique qu'incluant dans sa propre construction la subversion qu'opère le signifiant, en tant qu'il manque le signifié, et en indiquant précisément dans le discours clinique l'endroit d'où opère l'agent qui actualise la division du sujet, cet agent qu'est le sujet-supposé-savoir. L'écueil de la mise à plat clinique, c'est qu'elle implique un sujet-qui-sait, excluant donc la dynamique de la cure qui est travail de supposition et de désupposition, dans l'ambivalence transférentielle d'un sujet à l'égard du savoir. C'est ce qui permet de comprendre l'attraction qu'exercent les mathématiques, précisément depuis la querelle des intuitionnistes et des formalistes, en ce que cet endroit où se localise le sujet supposé savoir est l'espace même d'où s'agitent et s'activent les mathématiques depuis qu'elles excèdent la figuration. Mais rien ne dit que les mathématiques permettent d'éviter de faire de ces productions, les mathèmes, de

nouvelles figures. Nous en sommes à ce point de difficulté épistémologique.

Pour autant que la lettre précède le sens et que les signifiants sont les tenants lieu du sujet lui-même pour un autre signifiant, la clinique est tirée du côté de l'écrit, à la fois en tant que la clinique analytique est une clinique de ce qui s'écrit de nécessaire et contingent pour chaque sujet, et en tant que cette clinique est elle-même une écriture, ce par quoi la clinique se rapporte et en même temps se disjoint de la pratique, qui est pratique de la parole. Or, il est assez clair qu'on n'écrit pas la parole, de même qu'on ne parle pas la lettre ; pourtant lettre et phonème entretiennent un rapport nodal pour le sujet. C'est par cet écart que l'écriture indique à l'analyste qu'il n'est pas le maître du savoir qui fonde sa position. Il semble important de noter qu'une question, apparemment technique, mais qui fait limite entre pratique et théorie, a été peu étudiée : un analyste doit-il ou non prendre des notes pendant ou après la séance, et quelles notes ? Qu'est-ce qui s'écrit là ? En se référant aux notes de Freud sur l'Homme aux rats, on pourrait supposer que c'est précisément quand se noue l'analyse que les notes sont interrompues.

À lire les récits d'analyse, on s'aperçoit que ce qui est construit dans l'analyse ne peut s'écrire. Or ce qui « ne cesse pas de ne pas s'écrire », c'est, selon Lacan, le rapport sexuel. La clinique analytique n'a-t-elle pas pour fonction d'évoquer, ce qui bien sûr ne peut être qu'évoqué, à savoir le point de fracture entre ce qui s'écrit et ce qui ne peut s'écrire ; évoquer les limites de l'écriture, ce en quoi des écrivains sont sans doute allés, et pour cause, plus loin que les analystes ; évoquer non pas je ne sais quel trauma originaire, mais bien la crise essentielle, la crise de l'être en tant qu'elle est l'actualité de la division du sujet par l'impossible d'un rapport écriture/parole, peut-être strictement homomorphe à l'impossible du rapport sexuel. Ce qui justifierait un retour des analystes vers la littérature, non pas pour y plaquer un quelconque schéma clinique, mais justement pour repérer, dans cette expérience

mise à plat qui trahit la dynamique de la cure et celle du sujet, en tant que cette dynamique n'est pas supplémentaire, mais déjà inscrite dans le symptôme.

Il ne peut s'agir de tirer le trait d'un cas dans le sens de l'exemplaire ; si un portrait clinique est considéré comme pédagogiquement utile, la littérature suffit à fournir matière à cet exercice en montrant par là même sa nature fictive. Il faut bien dire que les cas freudiens constituent un corpus légendaire et que la présentation de cas ne trouve souvent sa place qu'à titre d'illustration. Le trait qui, du symptôme, fait l'unicité d'un sujet, ne peut se rapporter à un type clinique que sur le mode de l'analogie dont on peut indiquer la dimension : une présentation de cas est du registre de l'imaginaire. La monstration du malade, son intervention actuelle, permet de le repérer. Les conséquences de cette assertion, si on l'accepte, c'est que les « présentations de cas » qui assurent un corpus à la communauté des analystes n'ont cet effet que parce qu'elles trahissent la dynamique de l'analyse, précisément celle du transfert en ses deux faces, du côté de l'analysant et du côté de l'analyste, au profit d'un semblant de transmission.

Il ne saurait y avoir de clinique analytique qu'incluant dans sa propre construction la subversion qu'opère le signifiant, en tant qu'il manque le signifié, et en indiquant précisément dans le discours clinique l'endroit d'où opère l'agent qui actualise la division du sujet, cet agent qu'est le sujet-supposé-savoir. L'écueil de la mise à plat clinique, c'est qu'elle implique un sujet-qui-sait, excluant donc la dynamique de la cure qui est travail de supposition et de désupposition, dans l'ambivalence transférentielle d'un sujet à l'égard du savoir. C'est ce qui permet de comprendre l'attraction qu'exercent les mathématiques, précisément depuis la querelle des intuitionnistes et des formalistes, en ce que cet endroit où se localise le sujet supposé savoir est l'espace même d'où s'agitent et s'activent les mathématiques depuis qu'elles excèdent la figuration. Mais rien ne dit que les mathématiques permettent d'éviter de faire de ces productions, les mathèmes, de

nouvelles figures. Nous en sommes à ce point de difficulté épistémologique.

Pour autant que la lettre précède le sens et que les signifiants sont les tenants lieu du sujet lui-même pour un autre signifiant, la clinique est tirée du côté de l'écrit, à la fois en tant que la clinique analytique est une clinique de ce qui s'écrit de nécessaire et contingent pour chaque sujet, et en tant que cette clinique est elle-même une écriture, ce par quoi la clinique se rapporte et en même temps se disjoint de la pratique, qui est pratique de la parole. Or, il est assez clair qu'on n'écrit pas la parole, de même qu'on ne parle pas la lettre ; pourtant lettre et phonème entretiennent un rapport nodal pour le sujet. C'est par cet écart que l'écriture indique à l'analyste qu'il n'est pas le maître du savoir qui fonde sa position. Il semble important de noter qu'une question, apparemment technique, mais qui fait limite entre pratique et théorie, a été peu étudiée : un analyste doit-il ou non prendre des notes pendant ou après la séance, et quelles notes ? Qu'est-ce qui s'écrit là ? En se référant aux notes de Freud sur l'Homme aux rats, on pourrait supposer que c'est précisément quand se noue l'analyse que les notes sont interrompues.

À lire les récits d'analyse, on s'aperçoit que ce qui est construit dans l'analyse ne peut s'écrire. Or ce qui « ne cesse pas de ne pas s'écrire », c'est, selon Lacan, le rapport sexuel. La clinique analytique n'a-t-elle pas pour fonction d'évoquer, ce qui bien sûr ne peut être qu'évoqué, à savoir le point de fracture entre ce qui s'écrit et ce qui ne peut s'écrire ; évoquer les limites de l'écriture, ce en quoi des écrivains sont sans doute allés, et pour cause, plus loin que les analystes ; évoquer non pas je ne sais quel trauma originaire, mais bien la crise essentielle, la crise de l'être en tant qu'elle est l'actualité de la division du sujet par l'impossible d'un rapport écriture/parole, peut-être strictement homomorphe à l'impossible du rapport sexuel. Ce qui justifierait un retour des analystes vers la littérature, non pas pour y plaquer un quelconque schéma clinique, mais justement pour repérer, dans cette expérience

de l'écriture, la même interrogation que l'interrogation clinique.

C'est la mesure de cet impossible à écrire qui fait que le secret, référé ici à l'ombilic du rêve, n'est pas à assimiler à la discrétion médicale mais au fondement même de l'expérience analytique. La règle fondamentale du tout-dire vise précisément ce nœud-là de l'impossible à écrire, c'est-à-dire aussi à transcrire, et peut-être même à transmettre. Il y a un signifiant qui fait défaut, précisément celui de La Femme, et je ne peux en venir qu'à dire ce défaut de signifiant. Dire tout jusqu'à ce pas-tout-dire qui inaugure l'ouverture même du champ de la Vérité. Je ne peux en dire plus que ce qui se soutient d'un signifiant maître, le phallus, en tant que c'est parce qu'il fait défaut que je parle, – parce que la jouissance féminine est l'horizon de ma parole. Même quand l'analyste croit transgresser le secret d'une analyse, il y échoue, il ne fait que se prendre à une tromperie: substituer à ce signifiant maître qui du fait de la castration l'assujettit à un autre signifiant-maître, l'Inconscient. L'analyste ne pourrait transgresser ce secret qu'à le détenir vraiment, c'est-à-dire être ce grand Autre qui ne définit que pour un temps la place d'où il parle, créée par l'artifice analytique. Si le secret s'impose à l'analyste comme un principe éthique, ce n'est pas du fait de sa fonction, c'est que le secret est ce qui reste à l'écart du savoir possible qui le met en position de semblant. On ne dévoile pas le secret de l'analyse, parce qu'on ne le peut pas.

On ne peut au mieux, comme le dit Freud, que «montrer la plaie». Or de quel usage peut être cette monstration, cette représentation, sinon d'en éviter la cruauté première? Pour A.Artaud, l'une des conditions du Théâtre de la cruauté, c'est qu'il n'y ait qu'une unique représentation. D'autant que si la seule trace du secret dans le registre du signifiant est le nom, on en vient vite à l'anecdote de Steckel démontrant l'importance du nom propre, en donnant pour preuve des exemples cliniques: il n'avait pas enfreint le secret, il avait inventé tous les noms. Si l'on admet déjà que l'anonymat est de rigueur, alors on reconnaît, de fait, qu'on passe à côté de ce qui fait clinique

pour l'analyste. Le secret n'est un principe éthique que pour être ce qui est secrété, non décrété, mais produit par l'analyse.

Alors qu'en est-il d'une transmission de la clinique? C'est du côté du contrôle qu'il faut aller voir, non pas seulement de cette pratique tout à fait particulière qui peut sembler assez mal désignée ainsi, mais du côté du contrôle dont l'étymologie, pour le coup, est intéressante: un contrôle, c'est d'abord un contre-rôle, c'est-à-dire un registre qui double un autre registre. On retrouve la question de l'écrit, avec la version connue du paradoxe de Russel: le catalogue de tous les catalogues qui ne se mentionnent pas eux-mêmes. On pourrait peut-être dire que, confronté à l'homophonie de la langue, le contrôle a pour fonction de souligner, de repérer cette ambiguïté, non seulement pour celui qui parle mais aussi pour celui qui écoute et rapporte cette parole: le contrôle a pour fonction de doubler la parole par une référence à l'écriture. Est-il besoin de spécifier que je situerai ici l'objet (a) dans l'écart entre parole et écriture? Toute interprétation est insuffisante, et le contrôle ne sert pas à la compléter, mais à orienter l'écoute et le regard vers cette insuffisance, c'est-à-dire dans la dynamique de la cure vers l'objet, pour autant qu'on définisse le contrôle non pas comme une formalité, mais comme ce qui se justifie des difficultés non seulement d'une analyse, mais de l'analyse. Le contrôleur est celui qui renvoie l'analyste non pas à la synchronie d'un cas, mais à la diachronie de la cure, en tant que s'y agit une cause. Le contrôle est l'endroit où deux analystes, chacun dans son fauteuil, construisent ce qu'il en est d'une clinique comme limite de leur pratique, limite infranchissable par la théorie. De fait, quand des analystes se rencontrent sans réduire leur discours à n'être que commentaire du discours du maître où S1 serait l'inconscient, ils peuvent mettre en agent de leur discours commun le défaut, non d'un patient mais de l'analyse en son exercice. C'est à transmettre ce discours que la passe aurait dû servir et qu'elle a échoué.

Il y a de l'analyse quand il y a pratique de l'interprétation dans une relation transférentielle, soutenue par une éthique du semblant, quand de la vérité peut se dire (se mi-dire). Il y

de l'écriture, la même interrogation que l'interrogation clinique.

C'est la mesure de cet impossible à écrire qui fait que le secret, référé ici à l'ombilic du rêve, n'est pas à assimiler à la discrétion médicale mais au fondement même de l'expérience analytique. La règle fondamentale du tout-dire vise précisément ce nœud-là de l'impossible à écrire, c'est-à-dire aussi à transcrire, et peut-être même à transmettre. Il y a un signifiant qui fait défaut, précisément celui de La Femme, et je ne peux en venir qu'à dire ce défaut de signifiant. Dire tout jusqu'à ce pas-tout-dire qui inaugure l'ouverture même du champ de la Vérité. Je ne peux en dire plus que ce qui se soutient d'un signifiant maître, le phallus, en tant que c'est parce qu'il fait défaut que je parle, – parce que la jouissance féminine est l'horizon de ma parole. Même quand l'analyste croit transgresser le secret d'une analyse, il y échoue, il ne fait que se prendre à une tromperie: substituer à ce signifiant maître qui du fait de la castration l'assujettit à un autre signifiant-maître, l'Inconscient. L'analyste ne pourrait transgresser ce secret qu'à le détenir vraiment, c'est-à-dire être ce grand Autre qui ne définit que pour un temps la place d'où il parle, créée par l'artifice analytique. Si le secret s'impose à l'analyste comme un principe éthique, ce n'est pas du fait de sa fonction, c'est que le secret est ce qui reste à l'écart du savoir possible qui le met en position de semblant. On ne dévoile pas le secret de l'analyse, parce qu'on ne le peut pas.

On ne peut au mieux, comme le dit Freud, que «montrer la plaie». Or de quel usage peut être cette monstration, cette représentation, sinon d'en éviter la cruauté première? Pour A.Artaud, l'une des conditions du Théâtre de la cruauté, c'est qu'il n'y ait qu'une unique représentation. D'autant que si la seule trace du secret dans le registre du signifiant est le nom, on en vient vite à l'anecdote de Steckel démontrant l'importance du nom propre, en donnant pour preuve des exemples cliniques: il n'avait pas enfreint le secret, il avait inventé tous les noms. Si l'on admet déjà que l'anonymat est de rigueur, alors on reconnaît, de fait, qu'on passe à côté de ce qui fait clinique

pour l'analyste. Le secret n'est un principe éthique que pour être ce qui est secrété, non décrété, mais produit par l'analyse.

Alors qu'en est-il d'une transmission de la clinique? C'est du côté du contrôle qu'il faut aller voir, non pas seulement de cette pratique tout à fait particulière qui peut sembler assez mal désignée ainsi, mais du côté du contrôle dont l'étymologie, pour le coup, est intéressante: un contrôle, c'est d'abord un contre-rôle, c'est-à-dire un registre qui double un autre registre. On retrouve la question de l'écrit, avec la version connue du paradoxe de Russel: le catalogue de tous les catalogues qui ne se mentionnent pas eux-mêmes. On pourrait peut-être dire que, confronté à l'homophonie de la langue, le contrôle a pour fonction de souligner, de repérer cette ambiguïté, non seulement pour celui qui parle mais aussi pour celui qui écoute et rapporte cette parole: le contrôle a pour fonction de doubler la parole par une référence à l'écriture. Est-il besoin de spécifier que je situerai ici l'objet (a) dans l'écart entre parole et écriture? Toute interprétation est insuffisante, et le contrôle ne sert pas à la compléter, mais à orienter l'écoute et le regard vers cette insuffisance, c'est-à-dire dans la dynamique de la cure vers l'objet, pour autant qu'on définisse le contrôle non pas comme une formalité, mais comme ce qui se justifie des difficultés non seulement d'une analyse, mais de l'analyse. Le contrôleur est celui qui renvoie l'analyste non pas à la synchronie d'un cas, mais à la diachronie de la cure, en tant que s'y agit une cause. Le contrôle est l'endroit où deux analystes, chacun dans son fauteuil, construisent ce qu'il en est d'une clinique comme limite de leur pratique, limite infranchissable par la théorie. De fait, quand des analystes se rencontrent sans réduire leur discours à n'être que commentaire du discours du maître où S1 serait l'inconscient, ils peuvent mettre en agent de leur discours commun le défaut, non d'un patient mais de l'analyse en son exercice. C'est à transmettre ce discours que la passe aurait dû servir et qu'elle a échoué.

Il y a de l'analyse quand il y a pratique de l'interprétation dans une relation transférentielle, soutenue par une éthique du semblant, quand de la vérité peut se dire (se mi-dire). Il y

a de l'analyse parce qu'il y a élaboration d'une doctrine qui traduit et fonde cette éthique, quand un savoir s'écrit. Dans l'intervalle entre écriture et parole, il y a « de l'analyste », il y a « un analyste », quand dans cet écart, un sujet s'autorise à la fois à tenir lieu de signifiant fictif de l'objet (a), et à agiter un discours à partir du défaut de cet objet. Si l'analyste ne s'autorise que de lui-même, c'est que l'expérience clinique et le savoir qui en est produit ne s'enseignent pas. Au mieux, ça se transmet entre analystes. Si, pour reprendre des formulations de François Perrier dans un essai sur la clinique, « la praxis freudienne est subversion de la clinique⁷ », et si la décision de l'analyste d'accepter ou non une demande d'analyse est une question éthique et non technique, alors la clinique n'est ni théoriquement élaborable, ni empiriquement vérifiable. Elle ne se constitue que de ce que, dans sa pratique et son enseignement, chaque analyste engage son style dans sa perception de l'autre.

2

Préliminaires

Pour Freud, la pratique des entretiens préliminaires n'allait pas de soi puisque l'une de ses propositions techniques qui a valeur pour nous d'aporie était de proposer au patient un essai avant que l'analysant et l'analyste ne s'engagent dans le traitement. Aujourd'hui, c'est un retour au médical : les entretiens préliminaires seraient légitimés par le constat que l'expérience du divan peut faciliter une décompensation psychotique et qu'un diagnostic préalable serait à poser, diagnostic différentiel entre névrose et psychose. Bien sûr, il n'est pas faux qu'il existe des contre-indications cliniques à l'analyse, et nous y reviendrons ultérieurement, mais nous déplacerons sensiblement la question pour mettre l'accent sur ce que nous pouvons désigner plus directement comme une aptitude à l'analyse.

Quel est donc le but des entretiens préliminaires ? Non pas de poser un diagnostic, selon l'ordre d'une logique médicale – diagnostic, pronostic, indication, traitement –, un diagnostic dont on sait qu'il ne peut être posé, s'il le doit, qu'à la fin ou du moins au détour d'une cure. Je dirais même, et cela devrait s'éclaircir par la suite, que d'une part il n'y a pas de diagnostic favorable à l'analyse, en tant que pratique du transfert, et que d'autre part, un diagnostic posé trop précisément interdit

7. F. Perrier, *La chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1994.

a de l'analyse parce qu'il y a élaboration d'une doctrine qui traduit et fonde cette éthique, quand un savoir s'écrit. Dans l'intervalle entre écriture et parole, il y a « de l'analyste », il y a « un analyste », quand dans cet écart, un sujet s'autorise à la fois à tenir lieu de signifiant fictif de l'objet (a), et à agiter un discours à partir du défaut de cet objet. Si l'analyste ne s'autorise que de lui-même, c'est que l'expérience clinique et le savoir qui en est produit ne s'enseignent pas. Au mieux, ça se transmet entre analystes. Si, pour reprendre des formulations de François Perrier dans un essai sur la clinique, « la praxis freudienne est subversion de la clinique⁷ », et si la décision de l'analyste d'accepter ou non une demande d'analyse est une question éthique et non technique, alors la clinique n'est ni théoriquement élaborable, ni empiriquement vérifiable. Elle ne se constitue que de ce que, dans sa pratique et son enseignement, chaque analyste engage son style dans sa perception de l'autre.

2

Préliminaires

Pour Freud, la pratique des entretiens préliminaires n'allait pas de soi puisque l'une de ses propositions techniques qui a valeur pour nous d'aporie était de proposer au patient un essai avant que l'analysant et l'analyste ne s'engagent dans le traitement. Aujourd'hui, c'est un retour au médical : les entretiens préliminaires seraient légitimés par le constat que l'expérience du divan peut faciliter une décompensation psychotique et qu'un diagnostic préalable serait à poser, diagnostic différentiel entre névrose et psychose. Bien sûr, il n'est pas faux qu'il existe des contre-indications cliniques à l'analyse, et nous y reviendrons ultérieurement, mais nous déplacerons sensiblement la question pour mettre l'accent sur ce que nous pouvons désigner plus directement comme une aptitude à l'analyse.

Quel est donc le but des entretiens préliminaires ? Non pas de poser un diagnostic, selon l'ordre d'une logique médicale – diagnostic, pronostic, indication, traitement –, un diagnostic dont on sait qu'il ne peut être posé, s'il le doit, qu'à la fin ou du moins au détour d'une cure. Je dirais même, et cela devrait s'éclaircir par la suite, que d'une part il n'y a pas de diagnostic favorable à l'analyse, en tant que pratique du transfert, et que d'autre part, un diagnostic posé trop précisément interdit

7. F. Perrier, *La chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1994.

l'analyse. Je vais rester au plus près de mon expérience. À quoi me servent les entretiens préliminaires? Tout d'abord à mesurer mon intérêt à entreprendre ce travail avec tel patient particulier ; ce qui ne saurait induire une réponse du type: « Il y a indication d'analyse, mais pas avec moi, avec quelqu'un de l'autre sexe, avec quelqu'un moins touché que moi par ce qui fait ici symptôme, avec quelqu'un plus éloigné de vos relations quotidiennes, etc. » En effet, sauf cas tout à fait particuliers, liés à des conditions objectives qu'il serait intéressant de préciser (implication d'autres analysants, difficultés de lieu ou de temps), ou bien l'analyste doit accepter d'entreprendre l'analyse, ou bien refuser parce que selon lui, il n'y a pas d'analyse possible pour ce sujet. Si l'analyste accepte, il revient au patient de décider de commencer ou d'aller voir ailleurs. Si l'analyste refuse, l'analysant peut renoncer à l'analyse ou demander à un autre. L'analyste n'a, en général, ni à orienter le patient chez un autre confrère (de quelle place le ferait-il?), ni à l'adresser ailleurs vers une autre « thérapeutique » (ce serait médicaliser son discours). Alors qu'est-ce que j'appelle mon intérêt dans l'affaire? C'est à la fois l'engagement du désir de l'analyste dans la rencontre, et son engagement dans la cause de la psychanalyse. Chaque nouvelle demande que je reçois est une mise en cause de ce qu'il en serait du désir de l'analyste, en tant qu'il excède le fantasme, et pose la question de ce que ce commerce, dans tous les sens du mot, change dans le monde. Chaque nouvelle demande doit réanimer, chez l'analyste, cette question de passe.

D'une part les entretiens préliminaires servent à cela: la nouveauté dérange, renouvelle l'interrogation sur ce que je pense bien faire et m'oblige à répéter l'acte de ne m'autoriser que de moi-même, à inventer la psychanalyse. Mais d'autre part, les entretiens préliminaires constituent déjà un premier cycle de l'analyse, un temps pour comprendre, réservé à l'analyste, avant le moment de conclure par une décision, décision de l'analysant qui sera évoquée plus loin, pour l'instant décision de l'analyste qui juge, dans cette rencontre, si un travail analytique est a priori possible, si le sujet est apte à l'analyse

avec l'analyste que je suis, c'est-à-dire avec n'importe quel analyste, avec un analyste quelconque. Cette aptitude-là, c'est l'aptitude à une névrose de transfert. Je vais reprendre les réponses classiques de Freud sur cette question de l'aptitude.

Dans les *Études sur l'hystérie*, alors qu'il évoque la méthode cathartique de Breuer, Freud indique que le travail analytique suppose un minimum d'hystérie chez le patient. Ce privilège de l'hystérie est souligné par le fait que le seul des quatre discours de Lacan à faire signe clinique, c'est le discours de l'hystérique. La pratique des analystes permet de poser l'hypothèse que c'est dans la clinique, dans la rencontre clinique, que se trouve la réponse à la question de l'indication d'analyse. Puisque le transfert est ce qui détermine n'importe quel rapport intersubjectif, l'aptitude ici repérée est celle au transfert analytique, en ce qu'il s'organise autour de la place d'un sujet-supposé-savoir, d'un sujet et d'un savoir déjà du côté de la supposition. Mais l'hystérie définit-elle la seule « posture » d'entrée dans l'analyse ? On peut aussi dire qu'un minimum de doute sur le sujet et sur le savoir prédispose à entrer dans le dispositif analytique, soit un minimum de névrose obsessionnelle. La cure analytique impose que la névrose morbide laisse place à un jeu de supposition sur l'agent du discours où le savoir est en place de vérité, c'est-à-dire le discours du psychanalyste. Or, qui est plus apte à s'engager dans ce jeu – jeu avec l'objet, jeu de substitution, mais aussi jeu d'horreur (jouer à se faire peur) devant la présentification de l'absence – que le phobique? Il faut donc un minimum de phobie au sujet. Poursuivons encore. Comment entrer dans ce montage, tout à fait extérieur à la vie quotidienne dans un premier temps, comment supporter cette « chambre » où, allongé, il s'agit de mettre l'autre dans une position de témoin plus que présent, sans un minimum de perversion? Comment répéter, continuer sa plainte, prolonger ce travail, dont on sait la proximité avec le travail de deuil, sans quelque parenté avec le mélancolique? Comment accepter de dire n'importe quoi, de délirer sans rester accroché

l'analyse. Je vais rester au plus près de mon expérience. À quoi me servent les entretiens préliminaires? Tout d'abord à mesurer mon intérêt à entreprendre ce travail avec tel patient particulier ; ce qui ne saurait induire une réponse du type: « Il y a indication d'analyse, mais pas avec moi, avec quelqu'un de l'autre sexe, avec quelqu'un moins touché que moi par ce qui fait ici symptôme, avec quelqu'un plus éloigné de vos relations quotidiennes, etc. » En effet, sauf cas tout à fait particuliers, liés à des conditions objectives qu'il serait intéressant de préciser (implication d'autres analysants, difficultés de lieu ou de temps), ou bien l'analyste doit accepter d'entreprendre l'analyse, ou bien refuser parce que selon lui, il n'y a pas d'analyse possible pour ce sujet. Si l'analyste accepte, il revient au patient de décider de commencer ou d'aller voir ailleurs. Si l'analyste refuse, l'analysant peut renoncer à l'analyse ou demander à un autre. L'analyste n'a, en général, ni à orienter le patient chez un autre confrère (de quelle place le ferait-il?), ni à l'adresser ailleurs vers une autre « thérapeutique » (ce serait médicaliser son discours). Alors qu'est-ce que j'appelle mon intérêt dans l'affaire? C'est à la fois l'engagement du désir de l'analyste dans la rencontre, et son engagement dans la cause de la psychanalyse. Chaque nouvelle demande que je reçois est une mise en cause de ce qu'il en serait du désir de l'analyste, en tant qu'il excède le fantasme, et pose la question de ce que ce commerce, dans tous les sens du mot, change dans le monde. Chaque nouvelle demande doit réanimer, chez l'analyste, cette question de passe.

D'une part les entretiens préliminaires servent à cela: la nouveauté dérange, renouvelle l'interrogation sur ce que je pense bien faire et m'oblige à répéter l'acte de ne m'autoriser que de moi-même, à inventer la psychanalyse. Mais d'autre part, les entretiens préliminaires constituent déjà un premier cycle de l'analyse, un temps pour comprendre, réservé à l'analyste, avant le moment de conclure par une décision, décision de l'analysant qui sera évoquée plus loin, pour l'instant décision de l'analyste qui juge, dans cette rencontre, si un travail analytique est a priori possible, si le sujet est apte à l'analyse

avec l'analyste que je suis, c'est-à-dire avec n'importe quel analyste, avec un analyste quelconque. Cette aptitude-là, c'est l'aptitude à une névrose de transfert. Je vais reprendre les réponses classiques de Freud sur cette question de l'aptitude.

Dans les *Études sur l'hystérie*, alors qu'il évoque la méthode cathartique de Breuer, Freud indique que le travail analytique suppose un minimum d'hystérie chez le patient. Ce privilège de l'hystérie est souligné par le fait que le seul des quatre discours de Lacan à faire signe clinique, c'est le discours de l'hystérique. La pratique des analystes permet de poser l'hypothèse que c'est dans la clinique, dans la rencontre clinique, que se trouve la réponse à la question de l'indication d'analyse. Puisque le transfert est ce qui détermine n'importe quel rapport intersubjectif, l'aptitude ici repérée est celle au transfert analytique, en ce qu'il s'organise autour de la place d'un sujet-supposé-savoir, d'un sujet et d'un savoir déjà du côté de la supposition. Mais l'hystérie définit-elle la seule « posture » d'entrée dans l'analyse ? On peut aussi dire qu'un minimum de doute sur le sujet et sur le savoir prédispose à entrer dans le dispositif analytique, soit un minimum de névrose obsessionnelle. La cure analytique impose que la névrose morbide laisse place à un jeu de supposition sur l'agent du discours où le savoir est en place de vérité, c'est-à-dire le discours du psychanalyste. Or, qui est plus apte à s'engager dans ce jeu – jeu avec l'objet, jeu de substitution, mais aussi jeu d'horreur (jouer à se faire peur) devant la présentification de l'absence – que le phobique? Il faut donc un minimum de phobie au sujet. Poursuivons encore. Comment entrer dans ce montage, tout à fait extérieur à la vie quotidienne dans un premier temps, comment supporter cette « chambre » où, allongé, il s'agit de mettre l'autre dans une position de témoin plus que présent, sans un minimum de perversion? Comment répéter, continuer sa plainte, prolonger ce travail, dont on sait la proximité avec le travail de deuil, sans quelque parenté avec le mélancolique? Comment accepter de dire n'importe quoi, de délirer sans rester accroché

par le nom-du-père, comment se lancer dans cette folie de l'interprétation sans quelque trace psychotique?

Ce n'est donc pas du côté d'une typologie clinique qu'il convient de définir indication et contre-indication à la psychanalyse. Qu'en est-il de l'aptitude au transfert comme condition de l'analyse, mesurée dans les entretiens préliminaires? Il convient de parler d'une aptitude au transfert *analytique*, un transfert qui est différencié des autres relations transférentielles du fait de l'analyste et du dispositif, mais aussi du fait de l'analysant. Simplifions. Il faut que l'analysant m'aime d'un amour qui ne m'est pas adressé, qui n'est pas plus adressé à une personne que je représenterais. Il faut en tout cas que le transfert aille au-delà d'une rencontre de Moi à Moi, d'un espoir intersubjectif, et cela dès le début de la cure. Dès le début, il convient en effet que soient distinguées personne de l'analyste et fonction de l'analyste, distinction qui ne sera suspendue que pendant le traitement. J'élargis ainsi la notion d'entretiens préliminaires, car il est possible qu'il faille pour certains analysants une première analyse pour que cette distinction initiale émerge, du fait de l'analyste¹.

Comment cela se passe-t-il pratiquement? Tout d'abord, l'analyste induit une mobilité entre une place de grand Autre et une place de petit autre pour l'analysant, une oscillation au cours des entretiens préliminaires entre sa position et le défaussement de la position où l'analysant le place. C'est ce qui permet que la fonction du sujet-supposé-savoir apparaisse fugitivement, c'est-à-dire que soit indiqué, en acte, que la psychanalyse est du registre de la supposition, et qu'en cela elle s'oppose le plus efficacement possible à la certitude. L'analyste doit dénoncer la séduction qui, dans les premiers temps de la rencontre, intervient comme sédation de l'angoisse produite par l'émergence d'un réel du symbolique, par l'émergence des butées de la langue. Dans les entretiens préliminaires, l'analyste passe du silence à une parole qui s'assimile à de vraies questions, des questions dont il n'a pas la réponse. L'analyste indique ainsi son propre défaut, en se dépositionnant person-

nellement quant à sa fonction. Ce qui, bien sûr, ne va pas de soi, puisqu'à accepter cette fonction, il ne s'autorise que de lui-même. La pratique de l'analyse d'enfants nous enseigne cela car ce dispositif, cette disposition, est condition pour que l'analyse ne dévie ni vers la rééducation ni vers la pédérastie. Je pense à Winnicott qui dans le *squiggle* pose, pour qu'elle soit remise en cause, une équivalence entre ce qu'il fait et ce que fait l'enfant, tous les deux dessinant à tour de rôle.

Qu'en est-il du côté de l'analysant? L'aptitude virtuelle de l'analysant à changer de discours se vérifie dès les premières rencontres, même si le discours pivot de sa position est le discours hystérique, quelle que soit la structure du sujet. La sagacité du névrosé à restaurer les coordonnées de la conversation ordinaire l'incite à mettre l'analyste à une place d'interlocution connue. Dans ce premier temps, la condition de possibilité de l'analyse est déterminée par deux facteurs.

Premièrement, la possibilité pour l'analyste, dans ce dialogue préalable pas encore orienté par la règle fondamentale et l'écoute « flottante », de faire varier ses places d'interlocuteur, en évitant l'imposture d'une position de maîtrise; ainsi la « solution » de la non-réponse à la demande, qui conduirait l'analyste à un silence prématuré, est aussi trompeuse que le refuge thérapeutique dans une position de soin. J'avais évoqué naguère une formule de sortie du bavardage quand le patient répète à l'envi ce qu'il a déjà raconté à qui voulait l'entendre, et qu'on pourrait exprimer par un « d'autre part? » qui ouvre sur une autre position possible².

Deuxièmement, l'acceptation par l'analysant à venir d'une situation de dialogue et de jeu, sans définition préalable des règles, de la distribution de l'information, voire des gains à espérer de l'échange. L'analyse sera possible si le patient supporte d'être dérouté, tout autant par la position d'écoute de l'analyste que dans sa propre prise de parole. Cette aptitude est le critère d'indication à l'analyse. Il y a aptitude au

1. On abordera, dans le chapitre 10, les raisons d'une seconde tranche.

2. A. et J.-J. Rassial, *La psychanalyse est-elle une histoire juive?*, Paris, Le Seuil, 1981.

par le nom-du-père, comment se lancer dans cette folie de l'interprétation sans quelque trace psychotique?

Ce n'est donc pas du côté d'une typologie clinique qu'il convient de définir indication et contre-indication à la psychanalyse. Qu'en est-il de l'aptitude au transfert comme condition de l'analyse, mesurée dans les entretiens préliminaires? Il convient de parler d'une aptitude au transfert *analytique*, un transfert qui est différencié des autres relations transférentielles du fait de l'analyste et du dispositif, mais aussi du fait de l'analysant. Simplifions. Il faut que l'analysant m'aime d'un amour qui ne m'est pas adressé, qui n'est pas plus adressé à une personne que je représenterais. Il faut en tout cas que le transfert aille au-delà d'une rencontre de Moi à Moi, d'un espoir intersubjectif, et cela dès le début de la cure. Dès le début, il convient en effet que soient distinguées personne de l'analyste et fonction de l'analyste, distinction qui ne sera suspendue que pendant le traitement. J'élargis ainsi la notion d'entretiens préliminaires, car il est possible qu'il faille pour certains analysants une première analyse pour que cette distinction initiale émerge, du fait de l'analyste¹.

Comment cela se passe-t-il pratiquement? Tout d'abord, l'analyste induit une mobilité entre une place de grand Autre et une place de petit autre pour l'analysant, une oscillation au cours des entretiens préliminaires entre sa position et le défaussement de la position où l'analysant le place. C'est ce qui permet que la fonction du sujet-supposé-savoir apparaisse fugitivement, c'est-à-dire que soit indiqué, en acte, que la psychanalyse est du registre de la supposition, et qu'en cela elle s'oppose le plus efficacement possible à la certitude. L'analyste doit dénoncer la séduction qui, dans les premiers temps de la rencontre, intervient comme sédation de l'angoisse produite par l'émergence d'un réel du symbolique, par l'émergence des butées de la langue. Dans les entretiens préliminaires, l'analyste passe du silence à une parole qui s'assimile à de vraies questions, des questions dont il n'a pas la réponse. L'analyste indique ainsi son propre défaut, en se dépositionnant person-

nellement quant à sa fonction. Ce qui, bien sûr, ne va pas de soi, puisqu'à accepter cette fonction, il ne s'autorise que de lui-même. La pratique de l'analyse d'enfants nous enseigne cela car ce dispositif, cette disposition, est condition pour que l'analyse ne dévie ni vers la rééducation ni vers la pédérastie. Je pense à Winnicott qui dans le *squiggle* pose, pour qu'elle soit remise en cause, une équivalence entre ce qu'il fait et ce que fait l'enfant, tous les deux dessinant à tour de rôle.

Qu'en est-il du côté de l'analysant? L'aptitude virtuelle de l'analysant à changer de discours se vérifie dès les premières rencontres, même si le discours pivot de sa position est le discours hystérique, quelle que soit la structure du sujet. La sagacité du névrosé à restaurer les coordonnées de la conversation ordinaire l'incite à mettre l'analyste à une place d'interlocution connue. Dans ce premier temps, la condition de possibilité de l'analyse est déterminée par deux facteurs.

Premièrement, la possibilité pour l'analyste, dans ce dialogue préalable pas encore orienté par la règle fondamentale et l'écoute « flottante », de faire varier ses places d'interlocuteur, en évitant l'imposture d'une position de maîtrise; ainsi la « solution » de la non-réponse à la demande, qui conduirait l'analyste à un silence prématuré, est aussi trompeuse que le refuge thérapeutique dans une position de soin. J'avais évoqué naguère une formule de sortie du bavardage quand le patient répète à l'envi ce qu'il a déjà raconté à qui voulait l'entendre, et qu'on pourrait exprimer par un « d'autre part? » qui ouvre sur une autre position possible².

Deuxièmement, l'acceptation par l'analysant à venir d'une situation de dialogue et de jeu, sans définition préalable des règles, de la distribution de l'information, voire des gains à espérer de l'échange. L'analyse sera possible si le patient supporte d'être dérouté, tout autant par la position d'écoute de l'analyste que dans sa propre prise de parole. Cette aptitude est le critère d'indication à l'analyse. Il y a aptitude au

1. On abordera, dans le chapitre 10, les raisons d'une seconde tranche.

2. A. et J.-J. Rassial, *La psychanalyse est-elle une histoire juive?*, Paris, Le Seuil, 1981.

transfert parce qu'il y a possibilité pour le sujet de changer de discours, dans le dialogue.

Mais c'est insuffisant. Pour qu'il y ait aptitude au transfert analytique, il faut également que ce changement de discours passe par les quatre discours, donc que le patient accepte de passer par le discours de l'analyste, c'est-à-dire supporte, dès le début de la cure, d'être comme l'analyste l'empan d'un semblant.

Ce que j'avance ici n'est pas orthodoxe quant aux quatre discours de Lacan. En effet, il ne me semble pas aller de soi qu'il y ait une équivalence entre, d'une part, le rapport du discours du Maître et du discours de l'Analyste, rapport d'antinomie, et d'autre part, le rapport du discours hystérique et du discours universitaire, qui sont les deux discours de notre quotidien, ou pour le dire autrement, de la vie privée et de la vie publique, qui apparaissent en fait comme complémentaires. La circulation entre les discours est ainsi plus complexe que ce que décrit le quart de tour du $\sqrt{-1}$.

Comme je le développerai dans les chapitres suivants, disons que l'analyste doit d'abord éviter de venir en place de maître, y compris de « maître-analyste », c'est-à-dire qu'esquivant de venir en place de sujet qui sait, il doit anticiper sur son destin final dans la cure, de venir en place d'objet (a), en ne venant, d'entrée de jeu, qu'à la place d'un semblant de symptôme. C'est d'abord la « qualité » de sujet quelconque que partagent le patient et l'analyste, qui autorisera éventuellement que le dispositif instauré par la règle fondamentale distribue des positions qui ne seront efficaces que d'être fonctionnelles.

Que le patient accepte, à rebours d'une circulation normale des discours, de s'adresser à un semblable, qui, au départ, ne dénie pas qu'il méconnaît comme lui ce qui le détermine, et qu'il puisse, sur la simple foi de la confiance qu'on peut accorder à un partenaire de jeu, accepter d'investir son temps, son argent et surtout sa parole, c'est ce qui met l'entrée dans l'analyse sous l'aune d'une éthique... de l'analysant. Elle se mesure dans les entretiens préliminaires. Pour

définir cette éthique, désignons-la provisoirement comme *éthique de la supposition*, la seule à autoriser le passage vers un moment éthique de déposition subjective. Pour énoncer ce paradoxe de l'entrée dans l'analyse, il n'y a d'indication d'analyse que parce que l'analysant potentiel ne croit pas en l'analyse, et encore moins en l'analyste.

transfert parce qu'il y a possibilité pour le sujet de changer de discours, dans le dialogue.

Mais c'est insuffisant. Pour qu'il y ait aptitude au transfert analytique, il faut également que ce changement de discours passe par les quatre discours, donc que le patient accepte de passer par le discours de l'analyste, c'est-à-dire supporte, dès le début de la cure, d'être comme l'analyste l'empan d'un semblant.

Ce que j'avance ici n'est pas orthodoxe quant aux quatre discours de Lacan. En effet, il ne me semble pas aller de soi qu'il y ait une équivalence entre, d'une part, le rapport du discours du Maître et du discours de l'Analyste, rapport d'antinomie, et d'autre part, le rapport du discours hystérique et du discours universitaire, qui sont les deux discours de notre quotidien, ou pour le dire autrement, de la vie privée et de la vie publique, qui apparaissent en fait comme complémentaires. La circulation entre les discours est ainsi plus complexe que ce que décrit le quart de tour du $\sqrt{-1}$.

Comme je le développerai dans les chapitres suivants, disons que l'analyste doit d'abord éviter de venir en place de maître, y compris de « maître-analyste », c'est-à-dire qu'esquivant de venir en place de sujet qui sait, il doit anticiper sur son destin final dans la cure, de venir en place d'objet (a), en ne venant, d'entrée de jeu, qu'à la place d'un semblant de symptôme. C'est d'abord la « qualité » de sujet quelconque que partagent le patient et l'analyste, qui autorisera éventuellement que le dispositif instauré par la règle fondamentale distribue des positions qui ne seront efficaces que d'être fonctionnelles.

Que le patient accepte, à rebours d'une circulation normale des discours, de s'adresser à un semblable, qui, au départ, ne dénie pas qu'il méconnaît comme lui ce qui le détermine, et qu'il puisse, sur la simple foi de la confiance qu'on peut accorder à un partenaire de jeu, accepter d'investir son temps, son argent et surtout sa parole, c'est ce qui met l'entrée dans l'analyse sous l'aune d'une éthique... de l'analysant. Elle se mesure dans les entretiens préliminaires. Pour

définir cette éthique, désignons-la provisoirement comme *éthique de la supposition*, la seule à autoriser le passage vers un moment éthique de déposition subjective. Pour énoncer ce paradoxe de l'entrée dans l'analyse, il n'y a d'indication d'analyse que parce que l'analysant potentiel ne croit pas en l'analyse, et encore moins en l'analyste.