

Sidi Askofaré

Praxis-Roma

2021

Existe-t-il une clinique psychanalytique ?

Le titre qui nous rassemble cette année au sein des Collèges de clinique psychanalytique du Champ Lacanien est donc : *Qu'est-ce qu'une clinique psychanalytique ?*

Contrairement à bien des thèmes que nous nous sommes donnés naguère ou jadis, ce thème se formule sous la forme d'une question. Question à laquelle, on est tenté de répondre de but en blanc, et de passer notre chemin. Or, comme nous le savons et qu'il nous arrive de le dire après Blanchot : « la réponse est le malheur de la question »¹.

Plutôt que de répondre précipitamment à cette question – en disant, par exemple, que la clinique psychanalytique est

- Une clinique du symptôme ;
- Une clinique de la demande ;
- Une clinique sous transfert ;
- Une clinique du fantasme ;
- Une clinique de l'acte ;
- Ou, si on veut faire plus « branché » et « contemporain » : une « clinique des limites »², « une clinique du retour » et une « clinique de la coupure »³.

Ce qui ne serait pas faux, d'ailleurs, surtout si on articulait ces différentes propositions pour saisir une psychanalyse de son début à sa fin logique. Donc, plutôt que d'y répondre de cette façon à mon avis trop rapide, je vous propose de partir d'un en-deçà de cette question et de poser la question : existe-t-il une clinique psychanalytique ?

¹ Maurice Blanchot, *L'entretien infini*, Paris, Gallimard, 1969, p. 15

² André Green, *La clinique psychanalytique contemporaine*, Paris, Les Editions d'ITHAQUE, 2012

³ Erik Porge, *Des fondements de la clinique psychanalytique*, Toulouse, Erès, 2008 et *Transmettre la clinique psychanalytique*, Toulouse, Erès, 2021

Ce qui, vous l'aurez compris, nous permettra de répondre aux questions : qu'est-ce que la clinique psychanalytique ? Voire : Qu'est-ce qu'une clinique psychanalytique ?

Pour ce faire, je me contenterai de la situer entre deux bornes textuelles, si j'ose dire, bornes pas si éloignées l'une de l'autre, temporellement, d'ailleurs. Les deux bornes que j'ai choisies sont des affirmations de Lacan relatives à la "clinique psychanalytique" qu'on peut considérer sinon comme contradictoires, en tout cas comme pouvant induire ou conduire à des propositions, à des thèses divergentes sur notre thème de l'année.

La première borne que j'ai choisie date du 7 janvier 1973 : il s'agit de l'"Introduction à l'édition allemande des *Écrits*" (*Autres écrits*, Paris Seuil, 2001, (553-559).

La seconde borne n'est autre que la célèbre "Ouverture de la Section Clinique" du Département de Psychanalyse de l'Université de Vincennes qui date, elle, du 5 janvier 1977 (*Ornicar?* n°9, 7-14).

I.

Partons de l' « Introduction à l'édition allemande des *Écrits* » qui, je le souligne, est un "écrit" - pas un impromptu ou une improvisation. Lacan y affirme, notamment ceci, je le cite :

*" (...) la question commence à partir de ceci qu'il y a des types de symptômes, qu'il y a **une clinique**. Seulement voilà : elle est d'avant le discours analytique, et si celui-ci y apporte une lumière, c'est sûr mais pas certain. Or nous avons besoin de la certitude parce qu'elle seule peut se transmettre de se démontrer. C'est l'exigence dont l'histoire montre à notre stupeur qu'elle a été formulée bien avant que la science réponde, et que même si la réponse a été bien autre que le frayage que l'exigence avait produite, la condition dont elle partait, soit la certitude en fût transmissible, y a été satisfaite.*

Nous aurions tort de nous fier à ne faire que remettre ça - fût-ce avec la réserve du petit bonheur la chance."

On peut dégager de ce passage au moins trois affirmations décisives pour la problématisation de notre thème :

a) **la clinique est Une** ou, si vous préférez, il n'y a qu'une et une seule clinique. Ce qui, vous l'aurez remarqué, semble invalider la distinction et l'opposition entre la clinique médicale, la clinique psychologique, la clinique psychanalytique, etc.

b) **cette clinique (Une) est d'avant le discours analytique.** Autrement dit, précède (et, donc, détermine peut-être) l'émergence et le développement du discours psychanalytique, au sens de l'invention freudienne.

c) il est sûr, mais pas certain (au sens de la certitude démonstrative de la science) que la psychanalyse éclaire ladite clinique.

Vous voyez, j'espère que chacun de ces points devrait attirer notre attention et mérite discussion.

Pour introduire les voies et moyens de cette discussion que nous aurons tout au long de cette année ici et ailleurs, j'avancerai quelques éléments à propos de chacun des points retenus.

1. Quelle définition de cette clinique Une ?
2. De l'antériorité de la clinique par rapport à la psychanalyse ;
3. Quelles lumières éventuelles la psychanalyse apporte-t-elle à la clinique ?

II.

Venons-en à présent à l'autre borne que j'ai identifiée comme étant le petit discours d' « Ouverture de la Section clinique ».

Je vais procéder de la même manière que pour le point précédent, en isolant les différentes propositions de Lacan qui font thèses. J'en ai isolé, grosso modo, trois.

- 1) À la question qui fait notre thème de l'année, « Qu'est-ce que la clinique psychanalytique ? », Lacan répond deux choses, en 1977 :
 - La première, c'est la confirmation de quelque chose qu'il aurait écrit et que M. Czermak lui rappelle. Il s'agit d'une définition de la clinique – sans spécifier qu'il s'agit de la clinique psychanalytique. Cette définition serait : la clinique est « *le réel en tant qu'il est l'impossible à supporter* ». « Impossible à supporter », à distinguer, donc, aussi bien de *l'impossible à dire* que de *l'impossible à écrire*.
 - La seconde est plus précisément une tentative de définir « la clinique psychanalytique. Et à ce propos, il avance ceci : « *Ce n'est pas compliqué. Elle a une base – c'est ce qu'on dit dans une psychanalyse.* » (p.11)

On aura remarqué qu'il n'affirme pas que la clinique psychanalytique équivalait à ce qui se disait dans une analyse (dits analysants + interventions de l'analyste). Il considère que « ce qu'on dit dans une analyse en constitue la base. Ce qui est tout à fait différent. Comme dirait M. de La Palice, la clinique psychanalytique ne se réduit donc pas à cette base. D'où la question : qu'est-ce qui s'ajoute, qu'est-ce qui s'édifie sur cette base pour constituer la clinique psychanalytique ?

S'agit-il de l'observation et de l'implication de l'analyste ? S'agit-il de la construction logique du cas ? S'agit-il d'autre chose à déterminer plus précisément ?

Par ailleurs, ne peut-on intégrer à la clinique psychanalytique tout ce qui relève d'un au-delà de la cure elle-même : le contrôle ? La passe ? Etc.

On peut également s'interroger sur tout un pan de la clinique – disons, freudienne – qui ne relève pas, stricto sensu des dits dans la cure : Schreber, bien sûr, que Lacan considère comme le meilleur de ce que Freud a fait, mais aussi son Dostoïevski, son Michel-Ange ou son Christoph Haitzmann, etc. Avec leurs équivalents lacaniens tout aussi bien : Joyce, mais aussi Hamlet, Gide, voire les sœurs Papin ou même Aimée qui datent, pour ces deux dernières, d'avant l'entrée de Lacan dans la psychanalyse.

- 2) Ce qui me conduit à la deuxième proposition de Lacan : « La clinique psychanalytique consiste à réinterroger tout ce que Freud a dit » (p.11)

D'une certaine manière, cette thèse inclut et dépasse la première, dans la mesure où la clinique psychanalytique ne s'y réduit pas aux échanges verbaux, si je puis dire, entre analysant et analyste (« ce qu'on dit dans une analyse ») ; Lacan l'élargit pour ainsi dire aux dits de Freud – entendons : ses textes - qu'il faut réinterroger. Les réinterroger voulant dire non seulement, lire Freud, mais ne jamais s'arrêter de le questionner et de le presser de donner ses raisons.

Ce qui, à mon sens, renouvelle ou devrait renouveler l'acception du syntagme de « clinique freudienne ». Celle-ci ne pouvant plus se réduire aux cas issus de la pratique de Freud – pratiques diverses au demeurant : cures (« Dora », « L'homme aux rats », « L'homme aux loups », « La jeune homosexuelle », etc.), pratique de contrôle (« Le petit Hans »), pratique de déchiffrement, de lecture et de construction (« Schreber », « Dostoïevski », « Haitzmann », Etc.). La clinique freudienne se présentant désormais comme ouverte et comme intégrant toutes les élaborations issues de la lecture et de l'interrogation des textes de Freud.

- 3) Avec la troisième proposition, on remarquera que Lacan élargit les choses en passant de la **clinique freudienne** proprement dite à la **clinique psychanalytique** : « La clinique psychanalytique **doit** consister non seulement à interroger l'analyse, mais à interroger les analystes, afin qu'ils rendent compte de ce que leur pratique a de hasardeux, qui justifie Freud d'avoir existé. »

Il n'est pas inutile de souligner que Lacan termine son petit échange avec le public sur le rapport entre clinique et science, science et psychanalyse. Je le cite là aussi au lieu de le paraphraser : « *La clinique psychanalytique doit nous aider à relativiser (relativiser) l'expérience freudienne. C'est une élucubration de Freud. J'y ai collaboré, ce n'est pas une raison que j'y tiens. Il faut tout de même se rendre compte que la psychanalyse n'est pas une science, n'est pas une science exacte* »⁴.

III.

Eh bien, cette clinique Une, comment faut-il l'entendre ?

1.

Il est évident que ce terme de clinique peut s'entendre de plus d'une façon. J'ai choisi de mettre l'accent sur son unicité et sur son antériorité par rapport à la psychanalyse. Pour cela, il n'y a pas meilleur départ que le chapitre IV de *Naissance de la clinique* que Michel Foucault a judicieusement intitulé : « Vieillesse de la clinique ».

Dans ce chapitre éblouissant, dont il serait beaucoup trop long d'évoquer ne serait-ce que les thèmes, la clinique est envisagée comme « un corps complexe et cohérent où se joignent une **forme d'expérience**, une **méthode d'analyse** et un **type d'enseignement** ».

Il ressort des analyses de Foucault que ce qu'on appelle *la* clinique, si on la dégage de ses oripeaux mythiques – soit tout ce qui s'est organisé, comme « histoire de la médecine », sur le fond que « le savoir médical se forme au lit du malade » ; sous-entendu : sans la médiation du savoir -, ne constitue véritablement qu'avec la constitution de la méthode clinique en tant qu'elle est irréductible à l'étude de cas ou à un pur et simple examen de l'individu malade.

⁴ Jacques Lacan, *Ouverture de la Section Clinique*, Ornicar ? n°9, p.14

Cette clinique qui naît au XVIII^e siècle, et qui va structurer le champ médical jusqu'à Claude Bernard – et sa médecine expérimentale - , Foucault nous en livre l'essence à partir des recommandations de Tissot : *« La différence de cette enquête avec l' « examen clinique » est en ceci qu'on n'y fait pas l'inventaire d'un organisme malade ; on y relève les éléments qui permettront de mettre la main sur une clef idéale – clef qui a quatre fonctions puisqu'elle est un mode de désignation, un principe de cohérence, une loi d'évolution et un corps de préceptes. En d'autres termes, le regard qui parcourt un corps souffrant ne rejoint la vérité qu'il cherche qu'en passant par le moment dogmatique du nom en qui se recueille une double vérité : celle, cachée mais déjà présente, de la maladie, celle, clairement déductible, de l'issue et des moyens. Ce n'est donc pas le regard lui-même qui a pouvoir d'analyse et de synthèse ; mais la vérité d'un savoir discursif qui vient s'ajouter de l'extérieur et comme une récompense au regard vigilant de l'écolier. Dans cette méthode clinique où l'épaisseur du perçu ne cache que l'impérieuse et laconique vérité qui nomme, il s'agit non d'un examen, mais d'un décryptement. »*⁵

Et Foucault de conclure : *« l'institution clinique telle qu'elle était établie ou projetée , était encore trop dérivée des formes déjà constituée du savoir pour avoir une dynamique propre et entraîner par sa seule force une transformation générale de la connaissance médicale. Elle ne peut découvrir par elle-même de nouveaux objets, former de nouveaux concepts, ni disposer autrement le regard médical. Elle pousse et organise une certaine forme du discours médical ; Elle n'invente pas un nouvel ensemble de discours et de pratiques.*

*Au XVIII^eème siècle, la clinique est donc une figure bien plus complexe déjà qu'une pure et simple connaissance des cas. Et cependant, elle n'a pas joué un rôle spécifique dans le mouvement même de la connaissance scientifique ; elle forme une structure marginale qui s'articule au champ hospitalier sans avoir la même configuration que lui ; elle vise l'apprentissage d'une pratique qu'elle résume plus qu'elle ne l'analyse ; elle regroupe toute l'expérience autour de jeux d'un dévoilement verbal qui n'en est que la simple transmission, théâtralement retardée. »*⁶

On sait que dans cette *Naissance de la clinique*, Michel Foucault s'attachait principalement à construire une « archéologie du regard médical » - c'est d'ailleurs le sous-titre de son ouvrage. Aussi, il n'est pas étonnant qu'il ne soit guère question de psychanalyse et de clinique

⁵ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, p.60

⁶ Idem, p. 62

psychanalytique, sauf à la fin, quand M. Foucault établit, autour de la question de la mort, un rapprochement entre les « cadavres ouverts de Bichat » et « l'homme freudien ».

Aussi, me suis-je tourné vers un psychiatre et historien de la psychiatrie, pour répondre à la question : « que peut être exactement une histoire de la clinique prise dans une acception rigoureuse ? »

Et Georges Lantéri-Laura de répondre : « *Il ne s'agit pas d'une étude de l'élaboration de la sémiologie, car, si la clinique – c'est-à-dire l'examen des patients, en vue du diagnostic – englobe la sémiologie, elle va plus loin ; elle ne se limite pas à caractériser exactement les signes d'un patient, mais elle tente de déterminer la meilleure combinaison d'entre eux qui fasse passer de leur polysémie inévitable à la monosémie du diagnostic.*

(...) la clinique ne s'installe pas dans la certitude de soi-même, mais commence par l'examen de chaque patient, et s'efforce d'aller de ce point d'origine, particulier et empirique, à un moment où l'on comprendra comment un certain nombre de singularités du patient coïncident avec ce qu'apporte le discours universel de la pathologie ; mais la clinique demeure une discipline propre, qui ne se réduit pas au narthex de la pathologie. Elle va du singulier à l'universel, alors que le discours de la pathologie ressortit toujours à l'universel. »⁷

Au fond, à la suite de G. Lantéri-Laura, on peut dire, avec « nos » signifiants à nous – ceux légués par Lacan -, qu'être clinicien, c'est non seulement repérer ce qu'il y a, à partir de ce qui s'est déposé de savoir dans la discipline (psychopathologie, psychanalyse, etc.), mais c'est aussi tenter de mettre en forme ce qui n'a pas encore été repéré, soit pour enrichir par de nouveaux traits une entité clinique déjà identifiée, soit pour cerner de plus près la singularité d'un « cas ».

2.

De ce qui précède, il appert bien évidemment que la clinique, même à suivre Foucault pour la faire contemporaine de la constitution de la méthode clinique – donc en la faisant apparaître au XVIII -ème siècle -, est de très loin antérieure à la découverte de l'inconscient et à l'invention

⁷ Georges Lantéri-Laura, Préface à Paul Bercherie, *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, La Bibliothèque d'Ornicar ? 1980, p. 10

de la psychanalyse. Ce qui fait de la clinique, et aux côtés de la philosophie et de la science, un des Autres de la psychanalyse.

C'est peut-être l'occasion de dire que dans la psychanalyse, prise au sens le plus large, le statut de la clinique est ambigu.

Tantôt elle est invoquée pour faire pièce à la doctrine, à la théorie, à la formalisation, bref au savoir, et comme renvoyant à la chose même, sans médiation et sans fioriture ; tantôt elle dévalorisée, moquée comme une forme d'expérience sans pensée, sans raison, une perception immédiate et directe de la réalité morbide, sans souci épistémique et exclusivement orientée sinon vers le succès thérapeutique rapide en tout cas vers la classification des phénomènes morbides à partir de signes et d'indices préalablement répertoriés ; une sorte d'exercice d'ordonnement, de catégorisation, de délimitation, de distribution et d'objectivation. Il est même arrivé à Lacan, vous vous en souvenez peut-être, de parler de sa répugnance à user de « la carte forcée de la clinique .» (« Subversion du sujet ... », *Écrits*, p.800)

Mais, passons...

La question qu'il nous faut à présent nous poser pourrait se formuler : quelles conséquences, pour la psychanalyse et sa pratique, de cette antériorité de la clinique sur son discours *sui generis* ?

Pour ne pas être trop long, je dirai que la conséquence la plus immédiatement repérable et la plus prégnante est la définition du champ des entités cliniques que la psychanalyse, en tant théorie, thématise et, en tant que pratique, traite. Soit, ce que nous avons pris le pli d'appeler les structures cliniques ou les modes d'assujettissement à la structure : névrose, psychose, perversion.

Rien qu'à formuler ce ternaire, on voit bien qu'il ne saurait couvrir l'ensemble de la clinique. Il suffit d'être passé, comme stagiaire, dans un hôpital psychiatrique, avoir ouvert un Traité de psychiatrie ou les textes des grands cliniciens respectés de Lacan – comme G. G. De Clérambault⁸ ou Philippe Chaslin⁹ - pour se rendre à l'évidence que *La* « clinique » déborde et excède ce que recouvrent ces trois termes que la psychanalyse hérite justement de la clinique psychiatrique. À ceci près que, au moins depuis Lacan, ces catégories sémiologiques sont envisagées par la psychanalyse comme des structures cliniques – si on fait le choix de la

⁸ *Œuvres psychiatriques*, Paris, FRENESIE Editions, 1987, Coll. INSANIA

⁹ *Éléments de Sémiologie et clinique mentales*, Toulouse, Privat, 1999

simplicité -. Et, ce faisant, la psychanalyse subvertit ce qui n'étaient que des entités classificatoires. En effet, la structure en psychanalyse, vous le savez, ce n'est pas seulement la classe qui permet le classement ; c'est, *a minima*, la classe *plus* la question de la cause (sexuelle), plus la détermination langagière, plus le processus de défense inconscient dominant (refoulement, forclusion, démenti), etc.

Ne serait-ce que par cette conséquence, qui est à la fois épistémique et éthique – du fait de l'immixtion de la fonction du sujet et de son rapport à la jouissance -, on perçoit le mouvement d'aliénation et de séparation de la psychanalyse à l'endroit de la clinique. Ce qu'elle met en avant, et qui est opératoire dans sa pratique, transcende, ce que le voir permet d'isoler et de classer. Ce qui a pu conduire d'ailleurs à l'opposition problématique entre « clinique du regard » et « clinique de l'écoute ». En effet, réduire la psychanalyse à une clinique de l'écoute ou même de l'interprétation, n'est-ce pas ignorer ou faire peu de cas de la dimension de l'acte qui fait sa spécificité ?

3.

Nous tenons d'une certaine manière une part des éléments de réponse à la troisième question suggérée par le passage de Lacan que j'ai mobilisé. À savoir : quelle(s) lumière(s) le discours psychanalytique apporte-t-il à cette clinique Une ?

Si je devais utiliser une formule radicale – c'est le mot à la mode -, je dirais que le discours analytique fait passer la clinique du régime du discours universitaire (dialecte du discours du maître, comme chacun sait) au régime du discours de l'hystérique (discours de l'amoureuse). Comment ? Par la place et l'accent mis sur la parole et sur le transfert en tant qu'espace de production et d'élaboration du matériel et comme principe du pouvoir de l'analyste dans la direction de la cure.

Pour vous montrer encore une fois combien cette question, qui a l'air simple, est sinon difficile, en tout cas complexe, je vais vous soumettre un témoignage de Lacan dans une petite

intervention faite en 1970 sur un thème passionnant : « Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique »¹⁰ :

« À la vérité, je ne vois pas une montagne ni rien qui me sépare de la façon dont j'ai procédé à cette époque-là. Ma patiente, celle que j'ai appelée Aimée, était vraiment touchante. La façon dont j'ai procédé avec elle et ce que j'enseigne maintenant, je ne vois absolument aucune différence. Tout ce que j'articule dans ma thèse comme sémiologie a quelque chose que je vais essayer de dire maintenant et qui a un certain rapport avec ce qui fait le sommet de cette observation, c'est-à-dire ce qui m'a fait l'appeler l'autopunition : un certain rapport avec un point que nous appellerons « le point d'acte », qui a bien là-dedans une fonction puisqu'il est tout à fait clair que tout ce qui chez cette patiente est construction, délire, manifestations à proprement parler psychotiques, est tombé net avec ce point d'achèvement qui est quelque chose de spécifique et de distinct de ce qui est réalisable, voir le délire s'épurer comme cela, absolument radicalement.

(...) Il est bien évident qu'en décrivant les choses comme cela à propos de ma patiente d'alors, je n'avais pas les catégories que j'ai maintenant, je n'avais aucune idée de l'objet à ce moment-là. Mais il est tout à fait saisissant que quand j'ai fait ce travail qui est sorti en 1932, j'ai procédé avec une méthode qui n'est pas sensiblement distincte de ce que j'ai fait depuis. Si on relit ma thèse, on voit cette espèce d'attention donnée à ce qui a été le travail, le discours de la patiente, l'attention que je lui ai apportée est quelque chose qui ne se distingue pas de ce que je fais depuis. »

Inutile, je crois, d'en rajouter sur ce beau témoignage de Lacan. Il suffira de dire que si ce dernier a toujours critiqué la tendance « cliniciste » dans la psychanalyse, celle qui oppose de manière indue la clinique et la doctrine ou la théorie, ici, il esquisse l'opération qui consiste à dire qu'il n'y a pas non plus une primauté de la théorie sur la clinique. Ce dont son témoignage atteste, a minima, c'est sur le caractère déterminant de l'éthique et du désir (du clinicien ?). Comment expliquer autrement l'équivalence qu'il établit entre sa position de jeune psychiatre et celle de l'analyste qu'il est devenu ?

IV.

Venons-en à présent à mon dernier développement.

¹⁰ Jacques Lacan, « Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique », In *Journal Français de Psychiatrie*, n° 35, pp.45-48

Les questions que nous travaillerons cette année sont loin de constituer une simplification et une réduction *ad usum Delphini* des problèmes cruciaux de la psychanalyse. En effet, la question de ce qu'est ou de ce que devrait être une clinique psychanalytique, c'est aussi de cela qu'il est question dans une Ecole de psychanalyse ; et en particulier dans ses instances de garantie.

Ainsi ai-je été invité très récemment à introduire le travail épistémique de notre CIG par un petit exposé sur les repères de structure mobilisés dans l'écoute d'une passe et l'élaboration du cartel. Je vous en livre Le texte, d'ailleurs assez ramassé. On pourrait l'intituler : Clinique de la passe ?

Clinique de la passe ?

« De nos derniers échanges, même rapides et peu approfondis au sein de notre CIG, il ressort *a minima* que l'écoute d'une passe est toujours, et chez chacun, conditionnée par un "savoir préalable", une idée ou préconception de ce qui est attendu d'un témoignage de passe, voire de ce qu'est une analyse, son trajet et sa fin. Question 1 : peut-il en être autrement ? Question 2 : pouvons-nous, par un travail collectif au sein de notre CIG ces préjugés, les éradiquer ou, tout au moins les réduire ?

Cette réduction possible pourrait passer par la mise au jour, au-delà des opinions de chacun, des repères de structure isolables dans l'enseignement de Lacan. Ce qui ne constitue pas une mince tâche.

En effet, c'est à ce point que nous rencontrons une première difficulté, celle qui tient au fait que ces repères ne sont pas fixes, parce que tributaires des frayages et des avancées de Lacan soi-même dont il est toujours malaisé de laisser de côté ou dans l'ombre telle ou telle thèse.

J'ajouterai que cette difficulté est redoublée par une autre : écoute-t-on une passe à l'aune de ce que nous savons déjà - ou croyons savoir, ce qui revient au même à en croire Lacan – ou plutôt dans la position d'en apprendre, d'être enseigné par un dire tout à fait contingent et inattendu ?

Notons également qu'il n'est pas facile de dissocier les concepts avec lesquels nous pensons la cure et direction et ceux que nous convoquons lorsque nous écoutons une passe. À ceci près que dans ce dernier cas, nous sommes obligés de solliciter la "doctrine de la passe" (chute ou faille du sujet supposé savoir), le passage à l'analyste (de S barré à *a*) la question de la

congruence, de la superposition ou de l'articulation de la passe et de la fin/terminaison de l'analyse.

N'oublions pas, enfin, que les témoignages de passe varient considérablement quant à leur style ou leur rhétorique - du récit de cure à la construction logique – et, surtout, qu'ils ne sont pas immunisés contre les doxas d'École, tant du côté des passants que des passeurs voire des Cartels, doxas qui peuvent contrarier l'extraction, là où il existe, du *dire* du passant sur son expérience de l'analyse.

À l'occasion de l'écoute d'une passe, chaque cartel navigue, pour ainsi dire, entre deux écueils : écouter la passe avec les préjugés de chacun ou s'évertuer à fonctionner, au moins en principe, sans aucune idée préconçue de la passe ou en mettant entre parenthèses, l'expérience acquise à la suite de participations à des cartels précédents.

C'est sur le fond du caractère insuffisant de l'un et de l'impossibilité de l'autre que s'impose ce que nous avons appelé ensemble les “repères de structure” et que nous nous devons de ne pas cristalliser en une doctrine rigide. Ces repères ne sont, au fond, que ce qui, tout en gardant à l'esprit la finalité de la procédure de la passe – un mode de recrutement des analystes fondé sur la logique du discours psychanalytique – peut nous permettre d'accommoder notre écoute aux nécessités d'un accueil d'énonciations singulières. Pas de place pour la “pensée unique” !

Eh bien, quels sont-ils ces repères de structure ?

Je dirai, qu'à mon sens, il ne peut s'agir de critères, de cases à cocher, mais d'éléments que le récit ou la construction du passant permet de reconstituer.

Pour introduire notre discussion, je proposerai

1. De les poser, ces “repères de structure”, en démarquant ce que Lacan appelait dans son séminaire de 1964-1965, les “problèmes cruciaux de la psychanalyse”, soit
 - La demande
 - Le symptôme analytique
 - Le transfert
 - L'identification
 - La fin de l'analyse.
2. De bien situer l'articulation de la “solution du transfert” et de la passe, si ledit moment de passe se trouve toujours dans la dépendance de la “chute du sujet supposé savoir” ou en tout cas de l'aperception de sa faille ;

3. De vérifier - mais, à partir de quels éléments cliniques ? - le passage de la position analysante, S barré, à la position de l'analyste, *a*, l'acte qui le produit et l'émergence du désir de savoir qui le conditionne ;
4. De cerner autant que possible les identifications qui ont chuté, les modifications ou changements dans les modes de jouir, le destin du fantasme et les métamorphoses du symptôme (du symptôme d'entrée au symptôme de fin. »

V.

Pour conclure et ouvrir notre discussion de cet après-midi sur ce qu'est *une* clinique psychanalytique, je dirais que de cette rapide traversée, se dégagent *a minima* trois propositions ou thèses possibles. Et ce n'est pas peu de dire qu'elles sont contradictoires. Et c'est sur cette difficulté que je vous laisse :

- Il n'y a qu'une clinique et elle est d'avant le discours psychanalytique ;
- Il existe une clinique psychanalytique – distincte et opposable aux cliniques psychiatriques et psychologiques notamment. Voire, on peut même d'en énoncer les propriétés et la structure :
 - 1) *La clinique psychanalytique n'est pas la clinique médicale ;*
 - 2) *La clinique psychanalytique se spécifie par le transfert ;*
 - 3) *La clinique psychanalytique repose sur la conviction à l'inconscient ;*
 - 4) *La clinique psychanalytique s'appuie sur la différenciation entre le Moi et le sujet ;*
 - 5) *La clinique psychanalytique est une clinique du symptôme ;*
 - 6) *La clinique psychanalytique est une clinique déterminée et orientée par le désir de l'analyste.*

Je dois certaines de ces propriétés – j'en ai modifié certaines et exclu d'autres - à la tentative de Jean-Richard Freymann de les articuler dans son ouvrage : *Du délire au désir. Les dix propriétés de la clinique analytique*.¹¹

- La psychanalyse se situe au-delà de la clinique – en tant que cette dernière concerne le particulier et l'universel, et leur dialectique -, dans la mesure où elle vise le singulier, la différence absolue.

¹¹ Jean-Richard Freymann et Michel Patris, *Du délire au désir. Les dix propriétés de la clinique psychanalytique*, Toulouse, Erès, 2016

- S'il faut parler de la clinique psychanalytique, il convient d'ajouter aussitôt qu'il n'y en a pas une mais plusieurs ; aussi diverses que les orientations dans la psychanalyse (freudienne, kleinienne, lacanienne, bionienne, winnicottienne, etc.), voire autant qu'il y a de psychanalystes ;
- Dès lors la clinique psychanalytique pourrait se définir comme l'ensemble des faits et témoignages cliniques recueillis par un ou des psychanalystes (organisés en groupe, association, École, etc.), à partir des pratiques de la cure et au-delà (contrôle, passe, pratiques groupales, clinique institutionnelle, etc.). On voit bien, à partir de là, l'intérêt qu'il y a à distinguer la clinique non seulement de la théorie ou de la doctrine, mais également de la pratique et de l'expérience.
- À partir de là, la question se complexifie et se transforme en : qu'est qu'un fait clinique ? Qu'est-ce qu'une observation clinique ? Qu'est-ce qu'un compte-rendu clinique ? Qu'est-ce qu'une construction de cas clinique ? Qu'est-ce qu'une vignette clinique ? Voire : qu'est-ce qu'un clinicien ? Qu'est-ce qu'un psychanalyste ?
- Enfin, si tout psychanalyste est, en droit sinon en fait, un clinicien, on sait que l'inverse n'est pas vrai. Tout clinicien n'est pas un psychanalyste. Du coup, qu'est-ce qui distingue l'un – le clinicien - de l'autre – le psychanalyste - ? La réponse à cette question est peut-être l'un des principaux réquisits nécessaires pour définir et déterminer ce qui fait d'une clinique une clinique psychanalytique.