



Rubrique : Histoire de la psychanalyse

La psychanalyse au soleil couchant de la psychiatrie

François Leguil

On pourrait penser qu'il y a, dans ce titre, quelque chose de cruel ou de compatissant, voire d'esthétisant, une sorte d'appel à la poésie de Baudelaire, celle des crépuscules :

Tu réclamais le Soir ; il descend ; le voici :
Une atmosphère obscure enveloppe la ville,
Aux uns portant la paix, aux autres le souci¹.

Pourtant, ce titre est, plus simplement, une manière de « réflexe » lexical : le déclin, celui du soleil par exemple, qui partage son étymologie avec celle de la clinique. Dans un déclin, on passe d'une majesté perpendiculaire à une condition horizontale. Dans le déclin, on commence par s'incliner, tandis que dans la clinique on se couche.

Déclin et *clinique* vont de pair. Entre les II^e et III^e siècles après Jésus-Christ, on appelait *un clinique*, quelqu'un qui, après une vie de plaisirs, voire d'excès, attendait le moment de ne plus pouvoir tenir debout, le moment où il ne pouvait plus qu'être allongé, pour appeler le ministre du culte chargé de lui délivrer les derniers sacrements, ceux-là mêmes qui ne pouvaient promettre l'indulgence céleste qu'en échange de l'engagement de ne plus pêcher ; alors *le clinique* attendait les heures ultimes. La clinique n'était pas la position du tireur couché, mais celle du petit malin qui, aux extrêmes lucidités de sa vie, attendait les dernières minutes pour venir à résipiscence. *Un clinique*, c'était cela, et l'on raconte qu'il fallut rien moins qu'un concile pour déjouer le subterfuge. Par « extension », la clinique, la science des gens inclinés jusqu'à l'horizontale, nommait le *savoir-dispensé-au-lit-du-malade*.

Une thèse soutient que la clinique est morte. Lacan n'affirme jamais cela, il parle justement de son « déclin », qui est un mot présent au cœur du corpus freudien : *Der Untergang des Ödipuskomplexes*, que l'on traduit ordinairement en français par « le déclin du complexe d'Œdipe » – ce n'est d'ailleurs pas complètement exact, car

* Transcription : Remi Lestien avec Alexandra Didry, Sylvaine Marchand, Dominique Rayneau & Karine Soubagné. Édition par l'équipe d'*Ironik !* Transcription non relue par l'auteur, publiée avec son aimable autorisation.

1. Baudelaire C., « Recueillement », *Les Fleurs du Mal*, in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, coll. La Pléiade, 1961, p. 173.

der Untergang, cela peut être le déclin, mais c'est surtout la chute. On parle de *der Untergang die Sonne*, du *déclin du soleil* pour parler de sa disparition quotidienne, qui n'est que l'annonce de sa réapparition.

Conservons néanmoins le mot *déclin*, puisqu'il dit que la clinique n'est pas morte. La formule « la mort de la clinique » n'est pas sans relation avec le succès d'une thèse de Foucault dissertant sur sa « naissance ».

Le dire-vent analytique

Lors de l'ouverture de la Section clinique en 1977, Lacan pose la question « Qu'est-ce que la clinique psychanalytique », et répond : « Ce n'est pas compliqué. Elle a une base – C'est ce qu'on dit dans une psychanalyse »². Jouant sur une homophonie avec le *divan*, il invente cette formule du « dire-vent » analytique. Lacan distingue le dit du dire vers la fin de son enseignement, comme il différencie, au début, l'énoncé et l'énonciation. Les juristes aussi distinguent le dit du dire. Chez l'avocat, *faire un dire*, c'est commettre un écrit à partir d'un dit, et ce, afin de pouvoir le trouver dans un dossier. Soutenir que la clinique est le dire-vent analytique, soit ce qui se dit sur un divan, est donc possiblement une référence à l'écrit et, pourquoi pas, à ce qui s'écrit dans ce qui se dit.

Indiquer que la clinique est le dire-vent analytique, c'est soutenir que ce qui se dit sur un divan est ce qui compte, ce qui a une valeur quant à « l'instance de la lettre », ce qui, d'une certaine façon, concerne *ce qui ne cesse pas de s'écrire*, soit ce qui se dépose matériellement en laissant une trace lisible, c'est-à-dire déchiffrable.

Lacan joue également sur l'homophonie du vent et du van : « Ce vent a bien sa valeur – quand on vanne, il y a des choses qui s'envolent ». On peut aussi « se vanter », comme il souligne. La clinique n'est pas tout ce qu'on dit sur un divan, c'est ce que l'on vanne, ce qui reste après le *gone with the wind*, après *l'autant en emporte le vent* – le vent des vantardises en particulier, le vent du narcissisme, ce vent qui souffle pour tous les êtres parlants.

Le van est un instrument, une sorte de panier destiné à séparer le grain de la paille. Lacan prononce, d'une part, que la clinique est ce qui se dit sur le divan et, de l'autre, que la clinique est ce qui se sélectionne dans tout le *blabla* dans lequel elle trouve son miel.

L'impossible à supporter

Lacan ajoute : « il faut cliniquer. C'est-à-dire, se coucher³ ». Il reprend le mot au cœur de ses origines étymologiques qui le mêlent à toutes ses « déclinaisons » : *inclination*, *inclinaison*, *clinamen*, *clinomètres*, etc. Il reprend : « La clinique est toujours liée au lit – on va voir quelqu'un couché [...]. Il est certain que l'homme ne pense pas de la même façon couché ou debout, [parce que dans] la position couchée, l'homme a l'illusion de dire quelque chose qui soit du dire, [soit quelque chose] qui importe dans le réel » et qu'il importe de *discerner* cliniquement.

Un participant interroge Lacan : « à destination de cette Section clinique, vous écrivez que la clinique est “le réel en tant qu'il est l'impossible à supporter”⁴ ». Lacan

2. Lacan J., « Ouverture de la Section clinique », *Ornicar ?*, n°9, avril 1977, p. 7.

3. *Ibid.*, p. 8.

4. *Ibid.*, p. 11.

répond : « J'ai écrit ça, et je ne renie pas les choses que j'ai écrites. Ça m'entraînerait à des complications ». S'il confirme cette définition, il souhaite que cela ne soit pas reçu telle une phrase qui se suffirait à elle-même. Jacques-Alain Miller lui avait demandé de préciser exactement ce qu'était selon lui la clinique, et la réponse lui avait été faite, calligraphiée sur un petit papier. La définition proposée par Lacan est pourtant absolument neuve. Elle suggère tout d'abord que l'impossible à supporter est impossible à supporter par le sujet lui-même. La clinique ne s'est jamais seulement définie selon l'unique point de vue du sujet, mais selon celui du clinicien, c'est-à-dire selon la seule pertinence qui semble, à ce clinicien, « la bonne ».

Appeler *clinique* ce qui part d'une plainte énonçant ce qui est insupportable pour tel sujet et par lui-même est un savoir qui paraît en une première approche se jouer des types cliniques. Ce d'autant plus que Lacan semble s'évertuer, non pas à brouiller les pistes, mais à les croiser à loisir : si la clinique « est également prise dans une dialectique de parole, et ce n'est pas sans relation avec la vérité », comme le rappelle ce participant, le « plus stupéfiant, ajoute Lacan, est que Freud n'y croit jamais, que quiconque lui dise la vérité. [...] La vérité n'est pas sans rapport avec ce que j'ai appelé le réel, mais c'est un rapport lâche » – l'adjectif n'est pas ici employé au sens contraire du *courage*, mais signifie que le rapport est plus détendu que strict, plus imprécis que rigoureusement déterminé.

La clinique, énonce Lacan, a toujours à voir avec le corps : « Par rapport à cette réalité du corps qui rêve et qui ne sait faire que ça, par rapport à cette réalité, c'est-à-dire à sa continuité avec le réel, le symbolique est providentiellement la seule chose qui à cette affaire donne son nœud ⁵ ». La clinique part d'un insupportable qui « vaut » pour un sujet et désigne quelque chose de réel tout en étant pour autant une clinique du corps, d'un corps qui rêve. Cela suggère une certaine continuité du réel et de l'imaginaire dont on ne peut penser ou dire ce qu'il en est que grâce au symbolique : le Lacan de la Section clinique est le Lacan du nœud borroméen !

La psychanalyse n'est pas une science

Lacan signale que la « clinique doit nous aider à relativiser l'expérience freudienne. C'est une élucubration de Freud. [...] Il faut tout de même se rendre compte que la psychanalyse n'est pas une science, n'est pas une science exacte ⁶ ». Indication surprenante si l'on se souvient qu'élever la psychanalyse à la hauteur d'exigence des développements de la science a été une ambition du docteur Lacan des années trente jusqu'au milieu des années soixante. Certes, avant les avancées de la physique mathématique, on nommait science tout système de connaissance édifié avec rigueur, établi selon les lois d'une raison universellement partagée. L'histoire des notions et des mots ne nous autorise pas à nous gausser de Freud et de sa croyance ambitieuse d'avoir été l'inventeur d'une nouvelle science. Lacan mettra du temps à considérer que cette ligne de crête, que s'y tenir plutôt, n'est plus tout à fait l'exact niveau d'où peut être décidé ce qui, dans la pratique analytique, est vérifiable, ou ne l'est pas.

⁵ *Ibid.*, p. 12.

⁶ *Ibid.*, p. 14.

Son invention de la passe n'est sans doute pas pour rien dans cette forme « d'acte de conscience » de Lacan que la psychanalyse n'est pas la science. Dès la « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École ⁷ », Lacan avance que les progrès de la thérapeutique rendent de plus en plus difficile la possibilité de caractériser ce qui est ou non médical. Qu'est-ce que la thérapeutique aujourd'hui, sinon ce qu'on attend de la médecine scientifique, soit de la médecine qui se règle sur la science ? Or, cette thérapeutique étend le champ du pathologique à tout ce sur quoi elle peut intervenir. Les conséquences sociales, politiques, sociétales sont innombrables, puisque tout le champ du possible devient le champ médical, c'est-à-dire le champ d'un soin. C'est la science – les interventions qu'elle permet plutôt – qui fait sortir une pathologie du champ des étrangetés. Mais si l'on croit que la ségrégation s'en trouve diminuée, on se leurre : elle se déplace et porte ailleurs sa funeste capacité de proscription.

Dans la « Proposition... », Lacan note qu'il est aujourd'hui de plus en plus ardu et illusoire de préciser ce qui est médical ou non ; c'est-à-dire ce qui est du ressort du médecin, du soignant, ce qui appartient ou non au champ de la clinique. On devine combien cela est encore plus épineux quand il s'agit de la névrose, de la psychose et, *last but not least*, de la perversion. Cette difficulté croissante et bientôt dirimante est due, selon le Lacan du milieu des années soixante, à l'extension des moyens et de l'efficacité pratique que la thérapeutique obtient de la technologie scientifique.

Le « temps du médecin », comme dit Lacan, est celui dans lequel il intervient comme médecin justement, soit le temps de sa réflexion, de son activité, de son examen, c'est-à-dire de sa clinique, de ses décisions, gestes ou prescriptions. Le temps du médecin est celui de la temporalité logique de son acte. La remarque de Lacan est que le *Sein* de la médecine est *chambardisé* par le *Zeit* de la clinique devenue plus aléatoire. Selon Lacan, l'être de la médecine est dans le temps de la clinique, et ce temps est de plus en plus difficile à cerner, puisque la clinique se trouve de plus en plus modifiée par les mutations de la thérapeutique.

De l'autorité à la croyance

Dans les années soixante, Lacan rappelle que le médecin a toujours été un homme d'autorité. L'autorité est la « créance qu'inspire un homme, une chose », ce qui distingue l'autorité de la force. Pour le Freud d'avant les *Études sur l'hystérie*, la croyance du patient en la personne qui le soigne est essentielle à l'action médicale – la croyance en la personne, c'est-à-dire la croyance en son savoir, en celui qu'il lui suppose.

La disparition, la diminution de cette autorité n'est pas niable. Elle tient à ceci : ce savoir du médecin, du clinicien, est celui de la science et que ses dépositaires ne sont plus les seuls « hommes de l'art », comme si une « main levée » avait la possibilité de le diffuser à tous les *sujets-supposés-savoir-se-servir-des-réseaux-sociaux*. Pourtant, Lacan se présente en 1964 à la Salpêtrière en ces termes : « C'est toujours comme missionnaire du médecin que je me suis considéré ⁸ ». Le missionnaire est quelqu'un

7. Cf. Lacan J., « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 246.

8. Lacan J., « La place de la psychanalyse dans la médecine », *Cahiers du Collège de Médecine*, 1966, p. 769.

voué à la propagation d'une foi, voué à prôner la croyance dans le pouvoir d'une parole en laquelle lui-même croit.

Freud constate en 1890 que l'orientation complète de la clinique médicale vers la science est un trait de son temps, mais que les indéniables bénéfices de cette orientation laissent de côté un des « moteurs » essentiels du succès de l'action médicale qu'est la transformation chez le patient de *l'attente anxieuse* dans laquelle le plonge sa souffrance, en *attente croyante*, en croyance. Cette croyance en l'efficacité du savoir mis en acte par l'action clinique et soignante, cette croyance qui motive pour une large part la demande adressée au praticien, cette croyance adressée à *l'autorité* dont parle Lacan à la Salpêtrière, cette croyance qui transforme en attente du bienfait d'un savoir mis en acte par le clinicien, l'attente suscitée par l'angoisse qui signale au sujet que sa souffrance pourrait s'augmenter de la découverte d'un danger supérieur encore, est, selon le jeune Freud, ce que le « tout scientifique » de la nouvelle orientation clinique laisse sur le bord de la route des progrès envisagés. Freud avertit le clinicien, signale Serge Cottet, que son orientation scientifique ne devrait pas le priver – et priver son patient – des pouvoirs de transformation de ce qu'il appellera plus tard : le transfert.

Cette transformation attendue d'une clinique vouée à l'angoisse en « clinique sous transfert⁹ » est une transformation en une clinique d'un symptôme dont le clinicien accepte d'en être « la moitié ». Dans le milieu des années soixante, accepter d'être « la moitié du symptôme » résume, selon l'enseignement de Lacan, le « secret » fondamental de ce qu'apporte au clinicien toute l'œuvre freudienne !

Causalité psychique

Les « Propos sur la causalité psychique » sont un écrit de Lacan consacré d'une certaine manière à la croyance dans la clinique, une croyance prise dans l'héritage de la *Psychopathologie générale* du psychiatre et philosophe allemand Karl Jaspers qui pose que la clinique précisément « se divise » en deux, entre une clinique de ce qui se comprend, une clinique de la compréhension, du *Verstehen*, qui est une clinique dans l'ordre du sens, et une clinique de l'explication, de l'*Erklären*, qui s'inscrit dans l'ordre des causes, de la cause.

Selon la *Psychopathologie générale*, la clinique des choses mentales est toujours dans la « zone frontière », *Grenzgebiet* – terme employé par K. Jaspers et repris par Heidegger dans *Sein und Zeit* – à la frontière entre ce qui se comprend et ce qui s'explique, entre ce qui est de l'ordre du sens, l'herméneutique, et ce qui est de l'ordre de la cause, la science. Selon K. Jaspers, ne pas confondre la méthodologie des disciplines du sens et celle des disciplines de la cause est impératif, du niveau d'un édit absolu, d'un oukase. Lacan se sert de cette distinction dans sa thèse de 1932 : ce qui s'explique n'est pas de l'ordre du sens, mais de l'ordre d'une cause, que Lacan nomme « tendance », c'est-à-dire ce qui correspond dans le corpus freudien au concept de pulsion.

Dans ses « Propos sur la causalité psychique », Lacan ne respecte plus l'oukase, et renverse les tables avec sa formule de « causalité psychique » qui lui permet un abord

9. Miller J.-A., « C.S.T. », in Miller J.-A. (s/dir.), *La Conversation clinique*, Paris, Le Champ freudien, 2020, p. 23-28.

frontal du « phénomène de la croyance » dans la clinique. Un phénomène peut faire symptôme, mais ne l'est pas. Il est de l'ordre de ce qui apparaît – ce que confirme l'étymologie. Comme l'épiphanie, la phanéroscopie ou les phanères, un phénomène – ici celui de l'angoisse – est de l'ordre de ce qui apparaît. Freud ne dit pas autre chose lorsqu'il professe que l'affect n'est pas refoulé, mais qu'il se déplace, voire se transforme.

Lacan poursuit et définit ainsi ce « phénomène de la croyance » : « Ce phénomène avec son ambiguïté dans l'être humain, avec son trop et son trop peu pour la connaissance – puisque c'est moins que savoir, mais c'est peut-être plus : affirmer, c'est s'engager, mais ce n'est pas être sûr –, Ey a admirablement vu qu'il ne pouvait être éliminé du phénomène de l'hallucination et du délire.¹⁰ »

Un phénomène peut s'imaginer, apparaître, être nommé, comparé, étalonné. Mais, avant qu'on en sache l'exakte cause, on peut dire qu'il surgit du réel. Ce que Lacan reproche à Henri Ey, c'est – s'agissant du délire et de l'hallucination – qu'il en fait un phénomène causé par un déficit organique et conçu comme une « moins-value de la connaissance ». Lacan affirme plutôt « l'appartenance du phénomène au sujet¹¹ ». L'hallucination n'est pas une erreur, elle est prise dans la personnalité du sujet et faite « de sa propre activité ».

Le terme de sujet, Lacan n'est pas seul à s'en servir. H. Ey en use également pour désigner ce qui en nous est en rapport avec la liberté, puisque cela ne renvoie pas à un déterminisme biologique, neurologique ou du registre de ce que les sciences, guidant la médecine, identifient. H. Ey et ses collègues nomment *sujet* ce qui ne ressort pas aux effets d'une cause neurophysiologique, l'être moral en quelque sorte.

Une conversation à bâtons rompus

Dans sa thèse, en 1932, Lacan s'oppose à Clérambault. Contre les « plans d'interrogatoire » de ce dernier, il propose de deviser « à bâtons rompus » : « Les plans d'interrogatoire, dont certains se targuent d'apporter le bienfait à la psychiatrie, n'ont que peu d'avantages auprès de gros inconvénients. Celui de masquer les faits non reconnus ne nous paraît pas moindre que cet autre qui est d'imposer au sujet l'aveu de symptômes connus¹² ». Lacan, plutôt que l'interrogatoire, promeut alors une forme de « conversation ».

En 1946, il peut néanmoins dire de Clérambault qu'il est son « seul maître dans l'observation des malades¹³ » – son indiscutable louange est tout de même tempérée par la précision « maître dans l'observation », et par l'association d'un autre nom, Marc Trénel, spécialiste de la question des négations dans la psychose. En opposant les « bâtons rompus » à « l'interrogatoire », Lacan soutient que nous ne sommes pas là pour « observer le malade », mais pour parler avec lui : « La science gagne sur le réel en le réduisant au signal. Mais elle réduit aussi le réel au mutisme. Or le réel à quoi l'analyse s'affronte est un homme qu'il faut *laisser parler*.¹⁴ »

10. Lacan J., « Propos sur la causalité psychique », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 163-164.

11. *Ibid.*, p. 165.

12. Lacan J., *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil, 1975, p. 212.

13. Lacan J., « Propos sur la causalité psychique », *op. cit.*, p. 168.

14. Lacan J., « Discours de Rome », *Autres écrits*, *op. cit.*, p. 136-137.

L'expérience de l'abjection

L'organicité, selon la thèse de Lacan, est celle de ce qu'il appelle « la tendance », soit ce qui se nomme, dans le corpus freudien, la pulsion, et, spécifiquement, la pulsion d'autopunition. Cette pulsion que Lacan reprend à des auteurs allemands, disciples de l'œuvre freudienne, est une forme « d'appel à la loi » que le sujet s'applique à lui-même en s'en infligeant les conséquences. En 1946, Lacan aborde la question autrement : Aimée « va frapper dans une intention meurtrière la dernière en date des personnes en qui elle a identifié ses persécutrices, et cet acte, après le délai nécessaire à la prise de conscience du dur prix qu'elle le paie dans l'abjection de la prison, a pour effet la chute en elle des croyances et des fantasmes de son délire ¹⁵ ».

Face aux croyances, au délire, il y a l'expérience de l'abjection, c'est-à-dire quelque chose que, plus tard, Lacan ordonne autour de la question de l'objet. Aimée, soutenue dans ses pensées par la promesse d'une situation glorieuse et princière, voit dans une actrice célèbre la rivale qui lui dérobe son adjonction à un signifiant-maître. Elle l'attaque et la blesse, puis, au lieu de cette magnifique sorte d'assomption symbolique et imaginaire, se retrouve en place réelle d'objet, de déchet absolu : au cœur de la dialectique de l'être – ou de sa problématique – « [l]e moment de virage est ici donné par la médiation ou l'immédiateté de l'identification, et pour dire le mot, par l'infatuation du sujet ¹⁶ ». L'être d'Aimée, « enfermé dans un cercle ¹⁷ », conduit Lacan à cette définition de la folie comme « stase de l'être dans une identification idéale ». Guiraud, écrit Lacan, « s'attache à reconnaître que ce n'est rien d'autre que le *kakon* de son propre être, que l'aliéné cherche à atteindre dans l'objet qu'il frappe ¹⁸ ». Le *kakon* des Grecs renvoie au mauvais, au noyau irréductible du mal qui serait en nous. C'est un terme introduit, dans la psychopathologie de l'entre-deux-guerres, par Constantin von Monakow. Dans la tradition religieuse, le *kakon* de l'être n'est pas sans rapport avec le *péché* originel, qui rappelle que l'être humain fait l'expérience de la jouissance avant l'intervention de la Loi qui, en le rendant désirant, lui interdit les fruits d'un seul arbre ; le lien à la jouissance est logiquement antérieur à la formation du désir.

L'angoisse du fou

Dans *La Logique du fantasme*, Lacan évoque sa rencontre avec la « jeune génération psychiatrique » : « Non mais, qu'est-ce que j'avais à faire là ? À la vérité, pas grand-chose [...] j'avais tout de même quelque raison d'y être. C'est à savoir que tout ceci se passait dans le cadre d'un enseignement qui est celui de mon vieil ami, de mon vieux camarade, Henri Ey ¹⁹ ». H. Ey à qui Lacan donne le titre, imposant, de *civilisateur*, avant de poursuivre : « Vous vous rendez mal compte de ce que c'était, la salle de garde de Sainte-Anne[...] Le sous-développement, si je puis dire, quant aux dispositions logiques, puisque de logique il s'agit ici, était vraiment [...] quelque chose

¹⁵. Lacan J., « Propos sur la causalité psychique », *op. cit.*, p. 170.

¹⁶. *Ibid.*, p. 171.

¹⁷. *Ibid.*, p. 172.

¹⁸. *Ibid.*, p. 175.

¹⁹. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XIV, *La Logique du fantasme*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil/Le Champ freudien, 2023, p. 248-249.

d'extraordinaire. Depuis ce temps, Henri Ey a introduit sa grande machine, l'organodynamisme ».

« Grande machine », l'expression renvoie à « une doctrine fausse, mais incontestablement civilisatrice. [...] Que la doctrine soit fausse est presque secondaire, eu égard à cet effet. D'abord, parce que ça ne peut pas être autrement. Ça ne peut pas être autrement, parce que c'est une doctrine médicale. [...] Il est [...] essentiel au statut médical, qu'il soit dominé par une doctrine. Cela s'est toujours vu. Le jour où il n'y aura plus de doctrine, il n'y aura plus de médecine non plus. D'autre part, il est non moins nécessaire [...] que cette doctrine soit fausse. Sans ça, elle ne saurait prêter appui au statut médical²⁰ ».

Comment expliquer cette nécessité, selon Lacan, de la doctrine et de sa... fausseté ? Prenons la doctrine religieuse de la Sainte Trinité, est-elle vraie ou fausse ? Un seul Dieu et une seule personne en trois personnes distinctes. L'Église a tranché : elle n'est ni fausse ni vraie, au sens de notre monde sublunaire, qui réclame aujourd'hui d'en passer par la notion de vérifiabilité. Dire de la Trinité qu'elle est une doctrine n'est pas suffisant : elle est un dogme, soit une vérité qui n'a pas à être vérifiée, puisque devenue la condition incontournable des croyances administrées par son autorité. Poser avec Lacan que la doctrine et sa fausseté sont une condition de la médecine, c'est montrer ce qui se joue, s'articule, se disjoint, se confond quelquefois, entre vérité et réel.

Notons qu'une doctrine intégralement vraie ménagerait peu de place dans ce qui est essentiel à un cas. À l'origine de la psychanalyse freudienne, il y a la distinction entre l'être et l'existence : quelque chose peut être sans exister – Madame du Chatelet, dit-on, assurait ne pas croire aux fantômes, mais en avait peur. Un cas est comme un symptôme : quelque chose qui tombe et se sépare de l'Autre du savoir. À ses élèves qui lui objectaient que les symptômes de l'hystérie n'entraient pas dans la neurologie qu'il avait formalisée, qui lui objectaient donc que ces symptômes n'étaient pas, Charcot répondait : « Ça n'empêche pas d'exister. » Dès lors, le privilège de la notion d'existence sur celle de l'être n'est-il pas consubstantiel à la clinique ?

Une fausse doctrine nous fait nécessairement entrer dans la dialectique de la vérité, de cette vérité que Lacan qualifie de « petite sœur de la jouissance²¹ » – avoir un corps, c'est ne pas l'être, souligne J.-A. Miller. « Quand les sciences, poursuit Lacan, – dont la médecine maintenant s'entoure et s'aide, elle s'ouvre à elle de toutes parts – se seront rejointes au centre, eh bien, il n'y aura plus de médecine. Il y aura peut-être encore la psychanalyse²² ». Aujourd'hui, toute décision médicale – jadis souveraine, magistrale, sanctionnée par une bien nommée *ordonnance* – est soumise au respect de la conformité des protocoles.

Dans les années soixante, Lacan indique que l'étudiant en psychiatrie connaît « l'angoisse du fou ». Il s'agit d'un génitif, non pas subjectif, mais objectif, soit l'angoisse d'un sujet, étudiant la clinique, ressentie au début de son parcours devant un autre sujet atteint de folie. L'étudiant se trouve alors confronté à « l'objectalité »

20. *Ibid.*, p. 249-250.

21. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XVII, *L'Envers de la psychanalyse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1991, p. 134.

22. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XIV, *La Logique du fantasme*, *op. cit.*, p. 250.

d'un sujet qui ne s'est pas séparé de l'objet indicible et irreprésentable, objet d'angoisse précisément.

Avancer que la médecine se sustente de doctrines fausses n'est pas si paradoxal, puisque le souci de la vérité les fera s'approcher du réel en cause. Aussi bien, lorsque, parlant à Sainte-Anne, Lacan prophétise la résorption de la psychiatrie dans la médecine générale²³, du fait même du dynamisme de l'industrie pharmaceutique, Il montre et éclaire ce qui, dans la pratique de tous les jours, témoigne de ce qu'il identifiera comme une « destitution du sujet » par la science. Parler de *résorption dans la médecine générale* est aussi souligner que ce ne sera pas une résorption dans la neurologie.

Clinique du concernement

Certains médecins contemporains évoquent la disparition du corps du malade, absent derrière les machines des explorations physiologiques, génétiques, anatomiques, psychologiques. Au milieu des années soixante, Lacan montre que ce n'est pas le patient, ou son corps, qui a disparu dans la clinique, mais le clinicien lui-même, éloigné de son acte par l'attrait superstitieux des questionnaires, des protocoles, des enquêtes collectives. La révolution freudienne est dans la découverte que le symptôme se compose de deux moitiés : la première est façonnée par le patient, alors que la seconde est détenue par le clinicien en personne. Lacan repère cela et l'impute au désir même de Freud, à l'origine de son invention. Plus la technologie scientifique avance, plus la médecine est, grâce à elle, traitante, plus on est en droit de s'en targuer, moins le médecin semble dans le coup.

Sur les brisées de Freud qui loge le malaise contemporain dans la civilisation, Lacan évoque la mission historique de la psychanalyse et son devoir d'affronter l'angoisse contemporaine, de répondre aux conséquences de l'angoisse du monde. Cela doit s'entendre lorsqu'il lance : « Malheur au psychanalyste qui n'aurait pas dépassé le stade de l'angoisse.²⁴ » Lacan précise que cette angoisse est la « peur de la peur ».

Comment comprendre cette définition de l'angoisse ? On trouve cette définition de l'angoisse comme *peur de la peur* sous la plume des aliénistes, notamment chez Henri Legrand-du-Saul. La peur est ce que ressent le moi face à un danger, et cette peur seconde est l'avertissement fait au sujet de ce risque encouru par le moi. L'angoisse concerne le sujet, rappelle Lacan au début de son Séminaire X. Comme dans l'hallucination, l'angoisse – dont Lacan dit qu'elle est un affect qui ne trompe pas – fait certitude. Cette certitude de l'angoisse peut être isolée cliniquement grâce à Lacan comme une certitude du *concernement* du sujet : dans l'angoisse, le sujet est certain que ça le concerne²⁵. Comme avec l'hallucination, il peut critiquer le contenu imaginaire ou intellectuel de cet affect, mais ce « dont il est certain, c'est que ça le concerne ». Cela rejoint ce que note Freud : « Tout le monde n'est pas angoissé, mais tout le monde sait ce qu'est l'angoisse. »

²³. Cf. Lacan J., « Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne », 10 novembre 1967, inédit.

²⁴. Lacan J., « Entretien au magazine *Panorama* », *La Cause du désir*, n° 88, octobre 2014, p. 172.

²⁵. Cf. Lacan J., *Le Séminaire*, livre X, *L'Angoisse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2004, p. 14.

Avec cette clinique du *concernement du sujet* comme avec l'héritage psychiatrique de la sémiologie des *significations personnelles*, Lacan invente le « moyen » de nous permettre de saisir en quoi le sujet du *manque-à-être*, le sujet divisé est en permanence confronté à la réalité, lorsqu'elle menace la structure propre de cette division fondatrice.

Tout du long de sa vie d'enseignement, le rapport de Lacan avec les psychiatres l'a probablement encouragé à dépasser la notion imprécise de « perte de contact avec la réalité ». Le dépassement clinique aussi bien que conceptuel nous rend attentifs à l'extrême à ce qui perce derrière ce que cette réalité cache : un réel, menace inquiétante pour le sujet, ou... chemin d'un salut, invitation à construire par quelques remaniements symboliques, autant que par une transformation capable de démontrer que la fécondité de l'imaginaire réside souvent dans sa sobriété.

Section clinique de Nantes — 25 mai 2024