HAL open science

# L'AVARICE DU RÉALISTE, LE CAS ET LA CAUSE

Nicolas Guérin

**To cite this version:**

Nicolas Guérin. L'AVARICE DU RÉALISTE, LE CAS ET LA CAUSE. Faire cas de la clinique, 2015. hal-01439308

**HAL Id: hal-01439308**

**https://amu.hal.science/hal-01439308v1**

Submitted on 18 Jan 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# L'AVARICE DU RÉALISTE, LE CAS ET LA CAUSE

**Nicolas Guérin**

En 2006, Guy Le Gaufey signalait que, depuis environ une trentaine d'années, soit depuis la fin des années 1970, la littérature analytique fait une place de plus en plus grande aux vignettes cliniques [1].

Il conviendrait de vérifier ce constat à partir d'un véritable travail d'investigation textuelle afin d'en proposer ensuite une interprétation. Cette démarche serait importante puisqu'il s'agit là d'une tendance finalement récente, expansive et qui touche spécifiquement une des voies de transmission de la clinique analytique, à savoir les publications et précisément ce qu'on l'on appelle assez curieusement la « littérature psychanalytique ».

Je n'ai pas entrepris ce travail d'investigation et je ne proposerai donc pas d'interprétation de ce phénomène.

1. Guy Le Gaufey, *Le Pastout de Lacan. Consistance logique, conséquences cliniques*, Paris, EPEL, 2006.

Cette propagation des vignettes cliniques est-elle la marque de la condition postmoderne, pour reprendre le terme de Lyotard, où la fin des grands récits… de cas est corrélative de la multiplication des individualités montées en vignettes ? Faut-il y voir aussi un effet de l'utilitarisme n'épargnant pas les psychanalystes qui voudraient ainsi démontrer par la vignette à quoi sert la psychanalyse pour justifier son existence sociale ?

Quoi qu'il en soit, je ferai une série de remarques relatives à la question, disons, du « cas clinique » et des conditions de sa définition, de sa construction, de son écriture et de sa publication. Pour ce faire, je suivrai l'orientation donnée par le titre de ma contribution : « L'avarice du réaliste, le cas et la cause ».

## Harpagon clinicien

L'expression d'« avarice du réaliste » est de Gaston Bachelard qui, dans son épistémologie de la physique contemporaine, décrit une série d'obstacles épistémologiques, dont celui du réalisme qui consiste à revendiquer l'autorité de l'expérience ; laquelle expérience y est conçue comme première, pure et indépendante du discours qui la produit. Cette conception réaliste dénoncée par Bachelard est une vieille ruse de débatteur que l'on trouve aussi bien au bistrot que dans les milieux académiques. Elle consiste à opposer la réalité tangible des faits à la vaine inconsistance de la théorie et des Idées. Le

réaliste, ici, s'agrippe à l'expérience comme Harpagon à sa cassette : « Mon expérience ! mon expérience ! mon expérience ! » pourrait-il seriner là où, dans nos milieux, l'on peut entendre souvent : « Ma clinique ! ma clinique ! ma clinique ! »

Le réaliste, nous dit Bachelard, « a immédiatement barre sur son adversaire parce qu'il a, croit-il, le réel pour lui, parce qu'il possède la richesse du réel tandis que son adversaire, fils prodigue de l'esprit, court après de vains songes[2]. »

Cet obstacle épistémologique qui relève du sens commun n'est en fait pas récent dans le champ de la psychanalyse. Lacan le dénonçait déjà dans les années 1950 lorsqu'il parlait de la « suffisance clinicienne[3] » ou lorsqu'il déplorait ici et là ce qu'il appelait la « pétition de principe d'appel au concret[4] ».

En outre, il est d'ailleurs assez intéressant de constater que lesdits réalistes qui recourent aux vignettes cliniques et qui s'appuient explicitement ou non sur un réalisme aristotélicien (qui place l'expérience comme point de départ de toutes choses) défendent en fait à leur insu ce

2. Gaston Bachelard, « La formation de l'esprit scientifique », in *Epistémologie*, Paris, PUF, 2001, p. 167.

3. Jacques Lacan, « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » (1950), in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 128.

4. Jacques Lacan, « La signification du phallus » (1958), in *Écrits*, *op. cit.*, p. 689.

qu'ils pensent pourtant combattre, à savoir une conception de la théorie comme toute-puissante. En ce sens, les réalistes aristotéliciens sont plus platoniciens qu'ils ne le pensent. En effet, Le Gaufey souligne très justement que la petite vignette clinique qui s'invite dans tel article ou telle communication ne vise souvent rien d'autre qu'à habiller, et donc finalement à renforcer, tout en la masquant, l'autorité du point théorique qu'elle est censée illustrer simplement. Et pour prendre une métaphore platonicienne, ce que l'on appelle dans ces cas « la clinique » n'est que l'ombre portée du concept ; concept qui, lui, s'en sort, comme le dit Le Gaufey, avec un redoutable coefficient de réalité.

## Cas communiqué et milieu communicant

On sait que Freud, dont Lacan louait pourtant « l'inflexible inflexion à l'expérience[5] », s'interdisait de recourir dans ses articles à ces « brèves analyses condensées sous forme d'extraits[6] », les vignettes cliniques donc. Il les trouvait peu convaincantes et leur préférait, du moins jusqu'en 1918, les grands récits de cas « complètement analysés » qu'il réservait pour certaines occasions. Lacan,

5. Jacques Lacan, « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la *Verneinung* de Freud » (1954), in *Écrits*, *op. cit.*, p. 386.

6. Sigmund Freud, « Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité » (1908), in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 154.

quant à lui, récusait aussi bien les récits de cas que les vignettes cliniques mais pas nécessairement ce que l'on pourrait appeler le « fait clinique ». J'y reviendrai.

Dès lors, j'ai trouvé intéressant de confronter les embarras de Freud et de Lacan concernant le passage du « cas » de l'espace privé de la cure à l'espace public de la communication ou de la publication. Il y a en effet à ce niveau un point commun entre Freud et Lacan concernant ce qui les embarrasse. Ce que je vais relever est assez prosaïque mais m'a tout de même posé question.

Je citerai d'abord longuement Freud s'expliquant sur les limites et les difficultés qui se présentent à lui lors de la communication d'un cas (ici le dit « Homme aux rats ») : « je suis obligé de tenir compte d'obstacles extérieurs et de difficultés provenant du fond même de cette communication. J'aurais voulu pouvoir et avoir le droit d'en dire davantage. Je ne peux, en effet, communiquer l'histoire complète du traitement car elle exigerait l'exposé des détails de la vie de mon patient. L'attention importune de la capitale, dont mon activité professionnelle fait tout particulièrement l'objet, m'interdit un exposé entièrement conforme à la vérité. Or je trouve de plus en plus que les déformations auxquelles on a coutume de recourir sont inefficaces et condamnables. Car si ces déformations sont insignifiantes, elles n'atteignent par leur but, qui est de préserver le patient d'une curiosité indiscrète, et si elles sont plus considérables, elles exigent de trop grands sacrifices, rendant incompréhensibles les

contextes liés justement aux petites réalités de la vie. Il résulte de ce fait un état de choses paradoxal : on peut bien plus facilement dévoiler publiquement les secrets les plus intimes du patient, qui le laissent méconnaissable, que décrire les caractères de sa personne les plus inoffensifs et les plus banals, caractères que tout le monde lui connait et qui révèleraient son identité[7]. »

Donc, pour Freud, l'essentiel est de préserver l'anonymat de l'analysant mais peu importe finalement qu'il se reconnaisse, lui, dans le cas communiqué et interprété. Or, l'on trouve à peu près le même aveu chez Lacan. Le 6 janvier 1972, dans ses entretiens de Sainte-Anne sur « Le savoir du psychanalyste », Lacan livre en effet une anecdote, pour ne pas dire *l'*anecdote, qui lui a appris à, dit-il, « se tenir à carreaux sur les histoires qu'il raconte ». À l'époque où il était chef de clinique, il racontait aux internes des histoires issues de son expérience clinique dont celle d'un analysant homosexuel et de sa mère à la personnalité typique. Chacun dans l'auditoire de Lacan avait alors identifié la mère en question et Lacan s'était vu par la suite reprocher son manque de discrétion : « ça m'a inspiré depuis beaucoup plus de prudence dans la communication des cas », ajouta-t-il. En 1958, soit avant l'aveu de Lacan mais après l'anecdote en question,

7. Sigmund Freud, « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle » (1909), in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, p. 199-200.

Lacan avait abordé le risque de « découvrir l'anonymat du cas » car le problème est que ce qui est communiqué est communiqué dans le milieu communicant où se passent les analyses. C'est-à-dire que ceux à qui le cas est communiqué sont susceptibles de connaitre l'analysant en question et donc de l'identifier à travers le cas communiqué. Et Lacan précise alors qu'il a réussi à satisfaire à cet exercice difficile (sous-entendu, pas comme à l'époque où il était chef de clinique donc) en en disant « assez sans en dire trop », « c'est-à-dire à faire entendre [son] exemple, sans que personne, *hors de l'intéressé*, l'y reconnaisse[8]. »

Par conséquent là aussi, et comme pour Freud, l'essentiel est qu'on ne puisse identifier tel analysant derrière le cas communiqué mais peu importe qu'il se reconnaisse.

Pourtant la chose n'est pas si évidente, du moins pas pour moi. Et il est possible de se demander si la réticence de Lacan à communiquer des cas de sa pratique (et son choix de commenter ceux des autres) ainsi que la décision de Freud de ne plus publier de cas après celui de l'Homme aux loups ne relèvent tout de même pas de problèmes divers, et cliniques, liés au fait qu'un analysant se reconnaisse dans un cas communiqué et

8. Jacques Lacan, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir » (1958), in *Écrits*, *op. cit.*, p. 598. Les italiques sont de moi.

interprété par son analyste. Peut-être y a-t-il là aussi une des raisons, mais certes pas la seule, à ce que des analystes publient finalement leur propre cas comme Anatole dans *Thanatol* de François Perrier ou « Philippe j'ai soif » de Serge Leclaire.

En se reconnaissant, n'y a-t-il pas le risque que l'analysant s'identifie à son propre cas ou, pour le dire avec Lacan, que le sujet s'institue « décisivement dans l'aliénation de sa vérité[9] » ? C'est un problème possible, mais pas certain. Il revêt néanmoins pour nous, à notre époque de diffusion généralisée et instantanée de l'information, un nouveau relief dans la mesure où, avec Internet, le « milieu communicant » est plus ouvert. N'importe quel analysant peut facilement trouver et lire ce qu'a communiqué son analyste.

Il est assez intéressant de constater comment se positionnent certaines écoles de psychanalyse quant à cette question. Un article de J.-M. Braunschweig[10] dans un numéro de 2010 de la revue organique de la SPP, la *Revue française de psychanalyse* (laquelle ne lésine pourtant pas sur les vignettes cliniques), rappelle la situation d'un analyste condamné le 24 mai 2006 par le TGI de Paris pour avoir publié le cas d'un de ses analysants qui

9. Jacques Lacan, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (1953), in *Écrits*, *op. cit.*, p. 312.

10. Jean-Michel Braunschweig, « Écriture en psychanalyse et confidentialité », *Revue française de psychanalyse*, vol. 74, n° 2, Paris, PUF, 2010.

s'était reconnu. L'analyste avait en effet publié son cas en portant le diagnostic de « *borderline* » et l'analysant en question l'avait attaqué en faisant valoir le préjudice moral qu'un tel diagnostic avait entrainé chez lui alors qu'il avait une personnalité vulnérable (la preuve, il était en analyse !). On le voit donc ici, le problème n'est pas seulement que l'analysant soit reconnu par d'autres.

Toutefois, comment la SPP répond-elle à ce type de problématique ? La commission de déontologie de la SPP a établi un « code éthique » qui intègre son « règlement intérieur » et qui figure sur la plaquette de présentation au public. On peut y lire que : « La première contrepartie de la règle fondamentale est, de la part de l'analyste, le respect absolu du secret et de la personne du patient. L'exigence technique se confond ici avec l'impératif éthique. »

Je ne m'attarderai pas sur les multiples dérives qu'il est possible de dégager dans le choix même des termes en présence : dérive corporatiste et institutionnelle (l'éthique de la psychanalyse est codifiée et intégrée dans un règlement intérieur établi par une commission de déontologie) et dérive médicale essentiellement (la contrepartie de la tâche analysante – l'association libre – n'est plus l'attention flottante de l'analyste mais le respect de la confidentialité et de la personne qui résonne avec le *primum non nocere* du serment d'Hippocrate – dont on sait ce que Lacan pensait – et qui change fondamentalement les coordonnées du couple analytique).

La réponse de la SPP apparait donc comme une mauvaise réponse à ce qui peut éventuellement se poser comme un vrai problème. Dès lors, que peut-on attendre de la communication d'un « cas clinique » ?

## La cause clinique

Je parle de la « communication d'un cas » car l'analyste n'a jamais, « devant ses yeux », comme le disait Freud [11], un « cas ». Le désir de l'analyste est antipathique au cas dans la mesure où le sujet venant en analyse est irréductible à un cas. Sauf à basculer dans une psychopathologie psychanalytique qui n'existe pas, l'analysant n'illustre aucune généralité ou catégorie qui le rendrait semblable à d'autres analysants d'un même type clinique par exemple. Dans cette mesure, l'analysant n'est pas un paradigme, ou alors chacun est un paradigme. C'est ce que rappelle Lacan, à savoir que le maintien d'une vue ouverte sur le désir de l'analyste nécessite « l'affermissement en lui volontaire de sa nescience quant à chaque sujet venant à lui en analyse, de son ignorance toujours neuve à ce qu'aucun ne soit un cas » [12].

11. Sigmund Freud, « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique » (1915), in *Névrose, psychose et perversion*, *op. cit.*, p. 211-212.

12. Jacques Lacan, « Subversion du sujet et dialectique du désir » (1960), in *Écrits*, *op. cit.*, p. 824.

Voilà pour l'espace privé de la cure. Mais dès lors que l'analyste décide de « faire cas de la clinique », c'est-à-dire de la faire passer dans un espace public, de communiquer un cas par exemple, qu'en est-il ?

Freud, on le sait, avait choisi jusqu'en 1918 la méthode du récit contre la vignette clinique. Encore faut-il remarquer qu'il n'était pas pour autant satisfait de cette méthode. Il avait remarqué que quelque chose objecte à la linéarité du récit et à un idéal d'exhaustion clinique. Même s'il pensait plus ou moins ces obstacles à la linéarité du récit comme relevant de diverses contingences [13], il soulignait néanmoins en quoi la chose clinique objecte à la narrativité et à la synthèse. Elle fait subir au récit des distorsions, des points d'arrêt ou de suspension, des effets de contraction (« de fortes abréviations ») ou de fragmentation (Freud parle ici ou là de « fragments d'histoire de la maladie »). Déjà avec Freud donc, l'on peut avoir l'intuition que le cas, c'est le *casus* (étymologiquement ce qui tombe ou ce qui chute comme le symptôme ou l'objet-cause).

La cause du cas, l'objet-cas ou l'objet-cause objecte, justement, à l'état des connaissances. Il se dérobe au sens du récit et à sa synthèse idéale. Il remanie notre appréciation empirique du temps et de l'espace. Bref le récit de cas est soumis à une série de contraintes logiques

13. Comme la préservation de l'anonymat ou l'état nécessairement toujours partiel des connaissances sur tel point théorique.

inhérentes à son objet. On ne peut donc parler que de *construction de cas*, jamais d'*étude de cas*. Cette dernière sous-entend que le cas préexiste à son étude, alors que le cas inclut l'analyste dans sa propre construction.

Comment Lacan s'était-il positionné quant à cette question ?

Érik Porge met en évidence[14] que la chose clinique, son objet et ses enjeux de transmission passent du récit de cas romanesque chez Freud au style même des écrits de Lacan. C'est ce qu'il appelle la « clinicité du style » de Lacan. Je rejoins tout à fait ce point de vue et je soulignerai un autre élément, à savoir comment, avec Lacan, l'on peut soutenir, non pas donc la vignette clinique ni le récit de cas, mais le « fait clinique » ou, pourquoi pas, le « cas clinique » mais à la condition de donner à ce syntagme sa portée et sa force, celle que recèle son étymologie qui dit ce que le *casus* doit à la cause comme objet-cause voire au symptôme[15].

La clinique est syntone au *casus* si l'on rapporte ce terme même de clinique, non pas à son inclinaison médicale et pathologique (la position inclinée du lit

14. Érik Porge, *Transmettre la clinique psychanalytique*, Toulouse, Érès, 2005.

15. Ce rapprochement entre le cas, le symptôme et la cause a déjà été pointé notamment par Jacques-Alain Miller (*Lettre mensuelle de l'ECF*, n° 254, janvier 2007), Jean-Jacques Rassial (*Court traité de pratique psychanalytique*, Érès, Toulouse, 2011) et Pierre Bruno (*Une psychanalyse : du rébus au rebut*, Toulouse, Érès, 2013).

du malade et l'art de celui qui est à son chevet), mais à son origine poétique latine et matérialiste, celle que l'on trouve chez Lucrèce dans son *De natura rerum* avec ce qu'il appelle le « clinamen ». Suivant cette conception épicurienne de la physique, chaque atome chute verticalement pour former une pluie parfaitement parallèle d'où rien ne nait et d'où, contrairement à la pluie lacanienne, ne provient aucun effet de ravinement. Néanmoins il est possible qu'au moins un atome tombe (*casus*) de façon inclinée. C'est le clinamen qui, s'entrechoquant avec un autre atome, crée un accident duquel quelque chose enfin vient à l'existence. Le clinamen, la clinique ou le cas a donc structuralement une affinité avec le symptôme, l'accident et la cause comme objet chu.

Donc, pour revenir à Lacan et au « fait clinique » ou au « cas clinique », on trouve dans le même texte[16] une critique des « conditions de transmissibilité du discours » propres au récit de cas ou aux monographies psychopathologiques et une promotion corrélative du fait clinique. Le problème en effet avec le récit de cas est que toute mise en récit a une propension historiciste et masque, par le sens joui de la narrativité, la portée réelle de la structure et du cas clinique tel qu'envisagé ci-dessus. De plus Lacan ajoutera que l'imaginaire du sens du récit exerce un pouvoir de fascination et de capture sur le

16. À savoir sa « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite », (1954), in *Écrits*, *op. cit.*

lecteur ou l'auditeur ; pouvoir qui escamote finalement l'objet dont il est question. Or ce que j'appelle le « fait clinique » n'est ni la vignette clinique ni le récit de cas. Il est en rapport avec ce que Lacan préconise à ses élèves lorsqu'il déclare que « ce n'est pas de faits accumulés qu'une lumière peut surgir, mais d'un fait bien rapporté avec toutes ses corrélations[17]. » Il y a là une différence notable avec le récit ou la monographie qui procèdent de « faits accumulés » mais aussi avec la vignette dont la fonction illustrative et la facture « condensée sous forme d'extrait », comme disait Freud, fait souvent l'économie du dégagement d'un « fait bien rapporté avec toutes ses corrélations ». À ce sujet, Lacan donnera l'exemple de l'hallucination erratique du doigt coupé chez l'Homme aux loups. Ce fait, rapporté avec toutes ses corrélations, ne lui sert pas, comme pour Freud, à restaurer un sens caché, un scénario insu (où l'on retrouve le sens du récit et de la narration) mais bien plutôt un trait de structure, ici le « trait de mutisme atterré » qui est consécutif à la perte de la disposition du signifiant et de l'arrêt devant un signifié énigmatique, ce qui n'est d'ailleurs pas sans rapport avec l'objet-cause (pas encore théorisé par Lacan à ce moment de son enseignement) ou l'objet-cas comme objet « dont il n'y a pas d'idée[18] ».

17. *Ibid.*, p. 385.

18. Jacques Lacan, « La troisième » (1974), *Lettres de l'EFP*, n° 16, 1975, p. 183.

Le fait clinique ici pourrait être autrement qualifié de « fait élémentaire » au sens où Lacan parlait de « phénomène élémentaire » dans la psychose. La structure de l'élément (ou de la partie) est isomorphe à la structure du tout.

L'on pourra toujours dire que ce souci du « fait clinique » chez Lacan est daté et qu'il n'y reviendra plus. On aurait tort de le faire car il suffit de se pencher sur les comptes rendus de ses présentations de malades pour s'apercevoir que l'exigence d'isoler « un fait bien rapporté avec toutes ses corrélations » ne l'a jamais quitté et ce jusqu'à la fin de sa vie.

## Diversité et évolution des cas

Parmi les remarques de Lacan sur la question du « cas », j'en ai relevé en particulier deux qui peuvent nous interroger et relativiser ce que nous croyons déjà savoir. Interroger les analystes et relativiser les croyances établies est d'ailleurs bien ce que l'on peut attendre de « la clinique analytique[19] ».

Ces deux ordres de remarques formulées comme un appel, une attente de Lacan quant aux analystes concernent ce qu'il nomme :

1) « La diversité des cas » et « une nouvelle

19. *Cf.* Jacques Lacan, « Ouverture de la section clinique », *Ornicar ?*, n° 9, 5 janvier 1977.

classification clinique » relatives au transfert (*L'Acte psychanalytique*, 27 mars 1968) ;

2) « L'avenir dans l'ordre de l'analyse clinique et thérapeutique de l'évolution des cas » relativement, cette fois, à la lettre et à l'objet (*La Relation d'objet*).

1) « Quand l'analyste s'interroge dans un cas, quand il en fait l'anamnèse, quand il le prépare, quand il commence à l'approcher et une fois qu'il y entre avec l'analyse, qu'il cherche dans le cas, dans l'histoire du sujet, de la même façon que Velázquez est dans le tableau des *Ménines*, il était, l'analyste, déjà à tel moment et en tel point de l'histoire du sujet. Cela aura un avantage : il saura ce qu'il en est du transfert. Le centre, le pivot du transfert, ça ne passe pas du tout par sa personne. Il y a quelque chose qui a déjà été là. *Ceci lui donnerait une toute autre manière d'approcher la diversité des cas*. Peut-être à partir de ce moment il arriverait à trouver une nouvelle classification clinique que celle de la psychiatrie classique qu'il n'a jamais pu toucher ni ébranler et pour une bonne raison jusqu'à présent c'est qu'il n'a rien jamais pu faire d'autre que de la suivre[20]. »

Ce que Lacan remarque et appelle de ses vœux est que :

– d'une part, l'analyste doit se repérer dans l'histoire

20. Jacques Lacan, *L'Acte psychanalytique*, séminaire inédit du 27 mars 1968. Les italiques sont de moi.

du sujet pour déduire comment ce sujet-là s'est articulé au sujet supposé savoir, place que lui, l'analyste, est appelé à occuper dans la cure. Cette articulation au sujet supposé savoir, identifiable dans l'histoire du sujet, permet d'extraire et d'apprécier tel cas dans sa singularité et donc les cas dans leur diversité ;

– d'autre part, cette diversité des cas peut être logiquement ordonnée et conduire à l'établissement d'une nouvelle classification clinique, proprement analytique, qui ébranle les classifications classiques ou qui, du moins, donnerait aux analystes une « toute autre manière » de s'orienter dans l'expérience.

Force est de constater qu'en 2013 cette nouvelle classification clinique, appuyée sur la variété du transfert, n'a toujours pas vu le jour. Le « faire cas de la clinique » demeure toujours et encore inféodé à la psychiatrie classique. Il n'est d'ailleurs pas certain que les classifications psychiatriques internationales n'exercent pas à leur tour, lentement mais sûrement, un pouvoir de fascination et de suggestion sur les analystes, y compris sur ceux qui luttent contre le DSM. Ceux-là continuent au mieux à suivre la classification de la psychiatrie classique contre la moderne. Or faire jouer une psychiatrie contre une autre au nom de *la* clinique, fût-elle qualifiée d'humaniste, reste une querelle de psychiatres et de psychopathologues. Cela ne veut rien dire et ne constitue pas un progrès pour la psychanalyse.

2) La seconde remarque que j'ai isolée concerne donc « l'avenir dans l'ordre de l'analyse clinique et thérapeutique de l'évolution des cas[21] ». Cette remarque de Lacan est cette fois relative à l'écriture du cas clinique et à sa « réduction symbolique ». Il est possible d'établir un rapport entre le fond de cette remarque et la cause réelle de l'embarras de Freud quant à cet objet-temps qui objectait à la linéarité narrative du récit de cas en lui faisant subir des effets de fragmentation, de condensation ou de contraction, etc. En effet, alors qu'en 1957 Lacan commente le cas du petit Hans, il défend l'idée, tout en craignant de choquer son auditoire, qu'un cas puisse se réduire et s'écrire à l'aide de « petites lettres », de « formules algébriques » qui se transforment les unes dans les autres. Ceci afin de rendre compte, de faire cas, d'une dimension temporelle, diachronique, dans la clinique. C'est là ce que Lacan appelle alors rien moins que « l'avenir dans l'ordre de l'analyse clinique et thérapeutique de l'évolution des cas ». Le fait clinique doit inclure sa structure évolutive, son déploiement diachronique. En ce sens, le cas n'est pas dissocié de son objet qu'est le temps, lequel est une figure de l'objet *a*.

L'aridité asémantique du symbole impliquée dans le recours à la « réduction » imposée par la lettre[22] dans

21. Jacques Lacan, *La Relation d'objet. Le Séminaire, Livre IV* (1957), Paris, Seuil, 1994, p. 402.

22. On trouve cet effort de formalisation incluant une dimension transformationnelle et temporelle la même année dans l'article

l'écriture du cas pour rendre compte de sa temporalité logique essentielle se situe aux antipodes d'une esthétique du cas, du beau cas.

## Un cas sans escabeau

L'usage des vignettes cliniques aujourd'hui constitue souvent l'escabeau de l'analyste qui écrit pour promouvoir sa pratique et s'en prévaloir. Le cas fait alors escabeau ; terme que Lacan empruntait à Joyce et dans lequel on entend le « beau cas » comme instrument du narcissisme de l'analyste qui alimente sa « suffisance clinicienne[23] ».

Alors comment « faire cas » sans faire escabeau ? Comment rendre au cas sa dimension d'objet chu, d'objet-cause ? Non pas enluminure, vignette ou beau roman mais plutôt *sicut palea*, objet excrémentiel. Comment rendre compte de la clinique analytique comme une poétique certes mais comme une « poétique du rebut[24] », une poétique de la « scabeaustration[25] », de la

---

« L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud », avec la formule de la métonymie et de la métaphore, ainsi que dans « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » avec l'écriture de la métaphore paternelle.

23. Jacques Lacan, « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » (1950), in *Écrits*, *op. cit.*, p. 128.

24. Érik Porge, « Lacan, la poésie de l'inconscient », in *Lacan et la littérature*, Houilles, Manucius, 2005, p. 72.

25. Jacques Lacan, « Joyce le Symptôme » (1976), in *Autres écrits*, Seuil, Paris, 2001, p. 567.

castration de l'escabeau comme envers du beau cas ?

Doit-on en trouver le paradigme chez Joyce qui équivoquait entre la lettre (*a letter*) et l'ordure (*a litter*) ? Ce n'est pas si sûr. Lacan trouvait justement que Joyce « joyce trop de l'S.K.beau ». Son art fait trop « art-gueil jusqu'à plus soif[26] ». Façon de dire que le cas Joyce est encore trop enclavé dans sa gangue narcissique dans la mesure, par exemple, où Joyce ne renonçait pas à « l'escabeau du dire magistral » puisqu'il voulait occuper les universitaires pendant 300 ans avec son écriture.

Dès lors, qu'est-ce qu'un cas qui, comme son étymologie l'indique, tombe, tombe du beau cas ou de l'escabeau ?

Antonin Artaud, contrairement à Joyce « ne joyce pas de l'escabeau ». Certes Artaud invite la médecine incompétente à se rassembler autour de lui s'il est un beau cas mais il ajoute : « Et quant au cas, c'est un beau ca ca. […] Mais ce n'est pas le mystère du souffle et encore moins le souffle du moi[27]. » Ailleurs il dira : « Il faut que le poème sente mauvais », qu'il « pue le manque[28] ». Le poème s'homologue à l'objet *a*, objet du manque, objet déchet comme objet déchu. En s'assimilant à l'objet *a*, le poème est corps et supporte tout à fait ce que Lacan

26. *Ibid.*, p. 566.

27. Antonin Artaud, « Suppôts et supplications », *Œuvres complètes*, XIV, Paris, Gallimard, 1978, p. 51.

28. Antonin Artaud, *Œuvres complètes*, IX, Paris, Gallimard, 1979, p. 185-186.

disait de la poésie, à savoir qu'elle est « résonnance du corps[29] ».

Pour ce faire, Artaud a une méthode[30] : il introduit dans le poème des « syllabes inventées » qui soufflent le sens, au sens du souffle d'une bombe. Ces syllabes insensées négativent le sens en l'annulant. Elles sont des interjections qu'Artaud compare au souffle fécal, raison pour laquelle le poème est manque, voire trou, et doit sentir mauvais. Elles creusent un lieu d'aversion du sens, réel dans le symbolique.

Le cas clinique Artaud, le ca ca clinique n'est pas le beau cas. Le souffle hors sens dont il parle et qu'il réalise syllabiquement dans le poème n'est pas, comme il le rappelle, le « souffle du moi ». Il ne provient pas de l'escabeau, donc. Le clinamen, pour Artaud, c'est la syllabe interjective qui rature le sens du poème et le fait résonner avec le corps. C'est là la réson du cas Artaud, son trait élémentaire.

On peut rapprocher cette poétique du rebut chez Artaud de la réson poétique de Ponge à laquelle Lacan se référait surtout pour élaborer sa théorie de l'interprétation. En effet, Ponge disait être venu à la poésie non par goût mais par dégoût du langage et pour mener

29. Jacques Lacan, *L'Insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre*, séminaire inédit du 19 avril 1977.

30. Voir l'article de Michel Bousseyroux, « De l'inhibition comme suppléance : Artaud et Gödel », *L'en-je lacanien*, n° 20, Toulouse, Érès, 2013.

une tentative d'assassinat du poème par son objet[31]. Se confiant à Philippe Sollers, il comparait d'ailleurs sa démarche d'écriture à une entreprise terroriste anarchiste et ses poèmes à des bombes[32].

Il n'y a donc pas de clinique dont on puisse faire cas sans qu'on y fasse entendre ou résonner la *res clinica*, l'indécence de la chose clinique qui vibre avec le corps et qui fait porter sur le sens une « ombre blanche » comme dirait Melville.

31. *Cf.* Francis Ponge, « Appendice au "Carnet du bois de pins" », *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, 2002, p. 409.

32. Francis Ponge et Philippe Sollers, *Entretiens de Francis Ponge avec Philippe Sollers*, Paris, Seuil, coll. « Points essais », 1970, p. 65-66. On remarquera que, dans de ce passage, Ponge évoque justement Artaud.