

Malaise dans l'énonciation ?

J.-L. Doucet-Carrière

« Parce que l'acte fondamental de la parole est l'acte par lequel le sujet doit pouvoir faire acte de présence au point traumatique où l'Autre s'avère absent. » Alain Didier-Weill¹

« Encore, c'est le nom propre de cette faille d'où dans l'Autre part la demande d'amour. » Jacques Lacan²

Je vous dois un avertissement en préambule à cette réflexion, c'est qu'elle va être souvent hors-sujet à tous les sens de cette formule !

Je pense qu'il a bien été souligné ici que, après des décennies d'une nosologie psychiatrique articulée autour du triptyque « Névrose, Psychose et Perversion », les nouvelles classifications établies par les DSM successifs nous laissent désarmés quant à une approche de la souffrance psychique selon le rapport que celle-ci entretient avec le réel. Or, si nous suivons l'enseignement de Jacques Lacan, de rapport au réel, au réel du sexe, il n'y en a pas !

C'est dans la mesure où ce réel nous échappe éternellement, où le mystère de la vie ne cesse de nous interroger, que deux solutions s'offrent à nous :

Soit nous suivons l'adage de Jean Cocteau qui souligne que « puisque ces mystères nous dépassent, feignons d'en être les organisateurs ! » et dès lors nous suivons le DSM et son organisation rigoureuse de la souffrance psychique ; soit nous maintenons intacte la question du non-rapport sexuel, le mystère d'un réel qui ne cesse pas de ne pas s'écrire. Nous nous assujettissons alors à la quête infinie d'une vérité subjective hors de notre portée.

¹ A. Didier-Weill, *Les trois temps de la loi*, Paris, Le Seuil, 2008, p. 272.

² J. Lacan, Le Séminaire livre XX (1972-1973), *Encore*, Paris, Le Seuil, p. 11.

Victor Hugo dans son *Shakespeare* nous rappelle que « la science est l'asymptote de la vérité. Elle approche sans cesse et ne touche jamais ».

La science vise une exactitude, l'approche psychanalytique de la souffrance psychique s'attache à emprunter la direction d'une vérité subjective.

« La vérité se perd au milieu de tant d'exactitudes », soutenait Heidegger

Ces quelques mots d'introduction visent à souligner que l'argument qui nous est proposé amène d'une certaine manière, inéluctablement, une mise en tension dialectique entre ces deux concepts d'exactitude et de vérité. En effet, que ce soit par la distinction clinique des différentes structures névrose, psychose et perversion, que ce soit par la référence aux multiples troubles psychiques colligés dans le DSM V, c'est bien la tentative d'atteindre l'exactitude d'un diagnostic qui est en jeu.

Cela reste, dans une clinique psychiatrique, incontournable. Il faut bien en effet communiquer entre praticiens, il faut bien légitimer une prescription médicamenteuse. Mais il faut pour cela également, prendre le temps de l'observation, le temps du doute, le temps de l'acceptation de l'angoisse générée par l'incertitude. Henry Ey affirmait : « La schizophrénie est à la fin et non pas au début » ; cela pour souligner l'importance de la dimension temporelle à laquelle nous reviendrons, dans l'élaboration d'un diagnostic. Avant lui Claude Bernard soutenait que la médecine était « une patience ».

Une rapide digression pour rappeler que celui que l'on peut appeler le père de la médecine moderne puisqu'il est le promoteur de la médecine expérimentale, serait de nos jours peut-être sidéré de constater combien la médecine actuelle est devenue une urgence. Certes les progrès techniques ont permis de gérer au mieux beaucoup de situations d'une exceptionnelle gravité par leur rapidité d'intervention et il ne s'agit pas ici, bien entendu, de remettre cela en cause, mais pour autant et notamment en matière de souffrance psychique, les notions de rapidité, d'efficacité immédiate, sont de plus en plus prégnantes et mettent à mal cet indispensable temps pour comprendre. Comment peut-on, après une seule rencontre aussi prolongée soit-elle dans l'urgence d'un service de garde, établir un diagnostic codifié qu'il soit référencé au DSM V ou à la CIM 10 ? Cette codification, même si je sais qu'elle peut-être modifiée par la suite, est quand même un élément de référence pour les différents soignants.

Pour revenir plus directement à notre argument, je me propose, dans un premier temps, d'envisager comment la distinction freudienne entre névrose, psychose et perversion a pu enrichir la clinique psychiatrique.

En découvrant l'inconscient et en inventant la psychanalyse, Freud, après avoir observé Charcot, a théorisé certains mécanismes de la souffrance psychique qui interrogeaient la médecine et les médecins depuis Hippocrate notamment. La constatation du fait qu'une manifestation clinique sans substratum lésionnel retrouvé puisse être en rapport avec un souvenir refoulé hors de la conscience, a ouvert un champ des possibles extraordinaire pour la compréhension de mécanismes psychopathologiques échappant à la rationalité consciente.

L'incomparable richesse de la sémiologie psychiatrique commençait dès lors à se soutenir d'une consistance théorique qui, pour faire court, permettait de passer de la folie à la maladie psychiatrique.

Les mystères de la névrose hystérique décrite par Freud et les concepts tels que ceux d'un inconscient lié au refoulement, de transfert, de répétition et de pulsion que Lacan définira plus tard comme les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, ont progressivement permis de penser la maladie mentale comme consubstantielle au vivant humain.

On connaît la phrase de Lacan qui, dans « Propos sur la causalité psychique », avance :

« L'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de la liberté³. »

Mais revenons à Freud qui, dès ses travaux sur l'interprétation des rêves, nous a amenés à percevoir qu'aussi loin que l'on pousse l'analyse d'un rêve, il y avait toujours un point irréductible à cette analyse, ce qu'il appelle l'ombilic du rêve et qui sera à jamais non reconnu, *Unerkant*. Mystère du refoulé originaire que Freud a mis en évidence grâce à un de ses propres rêves, rêve dit de « L'injection faite à Irma » et où il se heurte à la formule absurde de la Triméthylamine.

Il restera à jamais une part énigmatique chez chaque être humain.

3 J. Lacan, « Propos sur la causalité psychique », dans *Écrits*, Le Seuil, 1966, p. 41.

« Dans les bras du ravisseur, il y a toujours l'imprenable » avançait Denys d'Halicarnasse. Cela soutient le fait qu'il y aura toujours une partie secrète du vivant humain que rien ni personne ne pourra pénétrer.

Il s'agit donc, dans la mise en tension dialectique de la théorie psychanalytique avec les manifestations cliniques de la souffrance psychique, les maladies psychiatriques en particulier, de tenir compte du fait que toutes les articulations qui pourront être faites, toutes les hypothèses qui pourront être émises, le seront toujours autour du point originaire d'une ignorance abyssale.

Cela, évidemment, pose un problème majeur quant aux progrès d'une psychiatrie qui, grâce aux découvertes pharmacologiques sans précédents du XX^e siècle, ont pu porté l'espoir d'une prise en charge de la maladie mentale qui serait basée sur des certitudes scientifiques. Les progrès de la pharmacopée ont effectivement permis de maintenir hors institution un nombre de patients de plus en plus important et ce n'est pas une mince réussite.

Dès 1966 Lacan soutenait :

« La médecine est entrée dans sa phase scientifique, pour autant qu'un monde est né qui désormais exige les conditionnements nécessités dans la vie de chacun à mesure de la part qu'il prend à la science, présente à tous en ses effets. »

On ne peut mieux décrire le bouleversement qu'ont provoqué chez tous et chez chacun les prodigieuses avancées techno-scientifiques des dernières décennies.

Cette mutation qui a fait passer d'un monde de croyance à un monde de science a eu des effets, à la fois sur la médecine et la pratique médicale, mais aussi sur le rapport de chaque parlêtre à la maladie. La souffrance psychique n'échappe pas aux effets de cette mutation, la psychanalyse et les psychanalystes non plus.

Georges Canguilhem soutenait :

« On comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, or, une science qui fait évanouir son objet n'est pas objective ».

Cela pour souligner que l'objet de la médecine restera toujours un sujet en souffrance.

C'est bien, à mon sens, le point de butée de la psychiatrie actuelle. En objectivant systématiquement la souffrance psychique avec les atours d'une séméiologie réduisant un individu à la somme détaillée de ses comportements, c'est une notion capitale du vivant

humain qui en est éludée. Ce mystère de l'être parlant, l'énigme éternelle qui le fait parler, qui le fait ou pas, sujet d'un discours, est totalement déniée.

Comment penser l'influence de la science sur le sujet, sur la manière dont se manifeste la souffrance psychique ? Les techno-sciences ont modifié le rapport de l'humain au monde, en se posant comme références incontestables, dès lors la science devient à elle-même sa propre casuistique et le bureau des eschatologies n'a plus besoin d'assurer une permanence !

L'immédiateté de la jouissance se substitue à la patience qu'impose la problématique désirante.

Cet envahissement par le tout et tout de suite façonne des individus qui vont trouver de nouvelles modalités d'expression pour traduire leur souffrance au soignant. Nouvelles traductions mais traduisent-elles les mêmes textes ? De plus le soignant qui doit lire le texte de cette souffrance est tout autant immergé dans ce monde techno-centré.

C'est comme cela que je poserais la difficulté que soulève l'argument de cette année.

Nous sommes quotidiennement confrontés à une sémiologie clinique qui par bien des points échappe aux descriptions canoniques des manuels de psychiatrie. C'est sûrement ce qui fait, en partie, exister les classifications dites a-théoriques.

Ce caractère inclassable de certaines manifestations cliniques ne dispense pas pour autant de l'exigence d'en théoriser les mécanismes psychopathologiques. L'animal symbolique qu'est le vivant humain est, du fait de sa prise dans le langage, animé par des phénomènes pulsionnels incessants qui doivent trouver un chemin dans l'économie psychique pour atteindre leur but.

Les représentants psychiques de ces pulsions, les signifiants, s'articulent entre eux dans une chaîne aux caractéristiques très singulières puisque, si l'on suit Lacan, c'est autour de l'absence d'un signifiant dans l'Autre que s'organise la dynamique subjective, que le langage peut porter une parole, qu'une énonciation peut jaillir au détour d'un discours.

C'est, pour moi, autour de cette dimension du manque que doit se situer notre réflexion. Nous sommes, en clinique quotidienne, de plus en plus souvent confrontés à des patientes ou patients en grande souffrance mais dont il est souvent difficile d'appréhender ce qu'ils attendent réellement de la rencontre avec le soignant. Certes ils demandent de ne plus souffrir, mais l'idée que cette souffrance puisse répondre à des accrocs dans le rapport qu'ils

entretiennent avec eux-mêmes, avec les autres et avec le monde, leur paraît quelquefois, tout au moins dans un premier temps, comme totalement étrangère.

Je pense à Marguerite, grande dépressive, passionnée de son père et méprisée par sa mère qui, à la suite d'une longue hospitalisation en psychiatrie, a été diagnostiquée bipolaire. Marguerite est infirmière et a beaucoup lu sur cette pathologie. Il est à noter que sa seule période hypomaniaque est survenue après qu'elle a appris ce diagnostic. Marguerite me parle de ses errances relationnelles mais dès que j'oriente notre entretien vers une dimension subjective, la sentence tombe : « Mais cela je sais que c'est ma bipolarité qui en est responsable ! » Dont acte.

Le diagnostic de trouble bipolaire n'est pas ce que je veux mettre en question ; ce qui me paraît exemplaire dans cette vignette clinique c'est la place que vient prendre ce diagnostic dans les dires de Marguerite. L'Autre médical, Autre accueilli ici comme non barré, vient se substituer au grand Autre de son histoire singulière.

Comment, dès lors, diriger l'entretien clinique vers ce qui, chez Marguerite, pourrait l'impliquer subjectivement dans les ratés de son parcours ?

Je pourrais multiplier à l'envi des vignettes cliniques de cet ordre qui relèvent très souvent de ces diagnostics de plus en plus souvent posés que sont en plus de la bipolarité, les Asperger, les troubles borderline, les phobies sociales, les personnalités dépendantes et chez l'enfant le TDHA.

C'est là, je crois, le nouveau challenge qui s'offre au clinicien qu'il soit psychiatre, psychanalyste ou les deux à la fois. Ce challenge consiste, pour le dire trivialement, à tenter de passer du prêt-à-porter, prêt-à-penser de la norme médicale au « sur-mesure » dicté par la singularité de l'histoire de chaque Un.

De ce point de vue-là, la distinction freudienne entre névrose, psychose et perversion basée sur les mécanismes du refoulement, de pathologie du narcissisme – on sait que Freud à propos des psychoses parle de psychonévroses narcissiques – ou de clivage du moi, a l'immense fécondité de maintenir la place de la singularité de chaque histoire dans une expression clinique qui peut être ramenée à un de ces trois types de mécanisme psychopathologique.

Alors, quelle valeur donner désormais à cette distinction entre névrose, psychose et perversion ?

On sait que, à propos de la métaphore du signifiant du nom-du-père, Lacan soutient dans le séminaire XXIII que l' « on peut s'en passer à condition de s'en servir » ; eh bien, je renverserai cette formule lacanienne en la paraphrasant et proposerai que de cette distinction

entre névrose, psychose, perversion : « on doit pouvoir continuer à s'en servir, à condition de savoir s'en passer ! »

Je vais tenter de soutenir cette formule provocatrice.

Tout le travail de Lacan, à la suite de Freud, me paraît marqué par un questionnement, une recherche acharnée de ce qui permet à chacun d'assumer sa différence et de faire de cette révélation ce qui pacifie le rapport du sujet à son désir.

Freud puis Lacan ont évolué et ils ont évalué, chacun avec leur propre style, ce qui pouvait faire moment de conclure dans le trajet d'un analysant. La rencontre du roc de la castration pour Freud, le heurt avec le réel (le bon heurt) selon Lacan.

En quoi la distinction entre ces trois structures névrose, psychose et perversion peut-elle à la fois nous servir dans notre clinique quotidienne mais aussi remettre en question cette rencontre du réel ?

Je dirais, de façon un peu lapidaire, que ces 3 structures sont du côté du savoir, elles constituent un corpus de connaissances issues de la démarche inductive inaugurée par le génie freudien à partir de son sens suraigu de l'observation clinique.

Elles nous donnent des outils capitaux pour envisager la manière dont chaque sujet traitera sa réalité quotidienne et par là, elles nous donneront une idée des modalités évolutives de sa souffrance. Ces éléments seront très utiles au plan de la prise en charge médicale et sociale de certains patients. Pour autant, en réinsérant une souffrance singulière dans une classification psychopathologique, elles nous exposent au risque de nous installer dans le confort d'un savoir qui pourra faire obstacle à l'étonnement devant l'originalité d'un parcours, un savoir qui pourra nous rendre sourd aux signifiants énigmatiques de certains énoncés.

Il s'agit je crois, de pouvoir toujours écouter un patient avec ce que je pourrais appeler des « oreilles enfantines », des oreilles non encombrées par un savoir qui pourrait parasiter l'écoute des énoncés de l'autre en souffrance.

Se laisser étonner par la parole de l'autre c'est s'autoriser en tant que clinicien, à croire sans aucune limitation ce que cette parole porte. Croire en l'énoncé du patient c'est le croire, ce qui ne veut pas dire, qu'à ces énoncés il faut forcément y croire !

« Ce qu'on dit ment » assure Lacan avec humour, mensonge qui peut se soutenir d'une dénégation ou d'une forclusion, mensonge qui traduit un assujettissement à la demande de l'Autre. Autre barré dans la dimension névrotique, Autre non barré dans la psychose, déni du manque dans l'Autre chez le pervers (Je sais bien mais quand même).

Du côté des énoncés nous trouverons toujours un sujet prêt à assumer sa parole. Mais le sujet de la parole ne peut être confondu avec le sujet de l'inconscient celui qui surgit dans une énonciation.

Toute l'Art de la clinique⁴ réside, à mon sens, dans ce désir indestructible de l'analyste à diriger un analysant vers son propre espace désirant qu'il dévoilera dans le temps d'une énonciation.

La psychanalyse n'est pas la psychiatrie mais elle doit en rester une de ses références théoriques et, en ce sens, la distinction névrose, psychose, perversion, garde toute sa valeur clinique si toutefois le praticien est à même de l'oublier dans le temps de l'entretien. La culture c'est ce qui reste quand on a tout oublié, dit-on, j'avancerais que cette distinction névrose, psychose et perversion, c'est ce qui subsiste lorsque le praticien a pu s'abandonner pour un temps à l'oubli de son savoir.

Il y a évidemment une autre dimension dans l'argument qui est proposé cette année. Je l'ai évoquée il y a un instant (p.3) en parlant de nouvelles traductions cliniques de la souffrance psychique et en émettant l'hypothèse que ces nouvelles traductions ne traduisaient pas forcément les mêmes textes que jusqu'alors.

Nous rencontrons bien sûr toujours des tableaux typiques de psychoses dissociatives ou non, quelques névroses obsessionnelles invalidantes. La névrose hystérique est peut-être de plus en plus difficile à cerner de par son polymorphisme clinique et un rapport à la loi et à la sexualité qui s'est radicalement modifié.

Pour autant, et c'est tout l'intérêt de l'argument d'aujourd'hui, nous nous trouvons souvent face à des tableaux cliniques de souffrance qui peuvent nous faire évoquer chez le même patient une multitude de diagnostics, surtout si on les résume à des troubles !

Je vais partir, pour aller plus avant, d'une idée simple qui est celle-ci : le conformisme a changé radicalement de visage dans les dernières décennies.

Qu'est-ce à dire ?

La *doxa*, à savoir les énoncés communément admis, a subi une mutation profonde sous l'influence de plusieurs facteurs, j'ai déjà souligné la place de la science et surtout des techno-sciences dans la société actuelle, il faut y associer la perte de vitesse des idéologies politiques, un désintérêt marqué pour le fait religieux et, en partie conséquence de ces derniers éléments, un rapport au temps et à l'hédonisme bouleversé. Le « tout-à-l'ego » est

⁴ J.-R. Freymann, *L'art de la clinique*, Toulouse, Arcanes-ères, 2013.

devenu une valeur immanente, un célèbre mannequin soutenant : « Parce que je le vauz bien ! »

Le conformisme n'est plus, dès lors, un assujettissement à une « bien pensance » référée à quelques valeurs historiques, mais une identification à une constellation de prises de positions assertives peu récusables car voulant s'appuyer sur des faits se disant incontestables.

Le rapport à la loi s'en est trouvé bouleversé, se transformant rapidement en respect de la règle.

Mais les règles sont du registre de l'immanence, elles sont édictées par les individus dans leur dimension de *socius* et non dans leur singularité subjective. Elles sont faites *par* l'homme et s'inscrivent dans un monde qui n'est pas fait *pour* l'homme. Le rapport à l'Autre peut s'échapper du registre du symbolique. C'est un rapport à un Autre dans une dimension imaginaire. Certes cet Autre peut s'absenter, l'absence *de* l'Autre peut tout à fait être acceptée mais l'absence *dans* l'Autre n'est pas concevable et la dimension du manque à être que cette dernière implique n'est plus d'actualité.

Je vais prendre la liberté d'imager cela par un regard porté sur deux personnalités qui certes n'ont pas du tout la même dimension historique, mais dont le rapport au symbolique me paraît explicite dans sa différence.

Je prendrai en premier pour exemple le Général de Gaulle. Il n'est pas question ici d'analyser factuellement la portée historique de son personnage, mais à travers une citation de montrer comment la dimension symbolique y est déterminante. À la libération de Paris, de Gaulle énonce : « Il y a là des minutes qui dépassent chacune de nos pauvres vies. » La définition du sujet de l'inconscient pourrait être un analogon de cette formule, à savoir que le sujet de l'énonciation surgit toujours en dépassant les énoncés qui balisent notre pauvre vie.

L'autre exemple, dans un tout autre registre, est celui de l'écrivain Michel Onfray.

Il répond à une question du rédacteur en chef du magazine *Le Point* : « S'ennuyer c'est n'avoir rien d'autre à fréquenter que soi. Or, le monde est vaste en dehors de soi ! »

Cela pose problème car étymologiquement s'ennuyer vient du latin « *in odio esse* » ce qui renvoie à la haine de soi. Si Valéry a pu dire : « Il faut entrer en soi-même armé jusqu'aux dents », c'est bien qu'il n'est pas si facile que cela de se fréquenter... Certes, et Freud le montre avec une pertinence sans pareil dans son texte sur la dénégation, il y a un dedans et un dehors du vivant humain, mais le monde du dehors n'*ex-siste* que parce qu'il y a un dedans. Si je fais ce rapprochement, certes très insolite, entre ces deux citations, c'est que la réponse de Michel Onfray me semble à l'opposé absolu de la notion de sujet de

l'énonciation. Le soi dont il parle n'a à voir qu'avec la dimension imaginaire d'une orthopédie moïque qui dénie le trou symbolique créé par la parole dans le réel et la dimension du manque, de l'incomplétude qui en résulte. Dès lors, cela l'autorise à ne faire de la dimension du doute qu'un concept nécessaire à un conformisme philosophique rationnel.

Si j'ai choisi des personnalités aussi éloignées l'une de l'autre pour imaginer mon propos, c'est qu'il appert là que le conformisme, le traditionalisme ne me paraît pas du tout du côté où on le situerait dans un premier mouvement.

C'est par là que je reviendrai à notre clinique contemporaine.

En effet, je dirai dans une formule certes un peu laconique, que la clinique de l'anormalité se subsume dans ce que la *doxa* reconnaît comme témoignant de la normalité.

Concept de normalité au sens où l'entend le mathématicien René Thom :

« (...) le concept de "normalité" apparaît comme une ruse employée par l'esprit pour maintenir les exigences de descriptibilité du langage (mathématique ou usuel) en face de l'inévitable irréversibilité de la dégradation entropique des systèmes. Un combat, qui, comme pour toute vie individuelle, s'achève toujours par une défaite. »

La clinique de l'anormalité, elle, va se résumer et se réduire à l'approche imaginaire d'un moi qui serait en difficulté dans son adaptation aux injonctions au bonheur qui nous envahissent !

C'est là, à mon sens, la grande nouveauté de la clinique contemporaine qui nous montre un individu en détresse qui, lui-même pris dans les rets du discours normatif, ne voit comme lumière au bout du tunnel de sa souffrance que les images-sons partout distribuées dans lesquelles pourraient se dissoudre les symptômes de son impuissance à trouver une place.

Éros est là bien éloigné de Thanatos ! C'est vers le versant mortifère de la pulsion que prend la direction de son existence.

On sait avec Lacan que le symptôme est ce qu'il y a de plus réel dans le sujet. Or, nous sommes désormais confrontés à la dimension uniquement imaginaire du symptôme, celle qui affecte le moi et ignore justement le sujet. C'est donc la dimension du réel qui est forclose d'un discours qui accumule les énoncés, qui érige en idéal la dimension moïque. La part de réel qui échappe au langage, l'impossible à symboliser s'efface pour laisser place à une impuissance à habiter ce moi idéal.

Il y a un déni de réel qui entraîne un déni de sujet.

Je crois qu'il faut préciser ces notions de forclusion et de déni.

Leur emploi peut laisser accroire que je situe systématiquement ces nouveaux tableaux cliniques du côté de la psychose ou de la perversion. Ce n'est pas le cas.

Soulignons d'abord que cette mise en avant de la dimension imaginaire, en éludant la question du sujet de l'inconscient, évacue du champ des possibles cliniques les tableaux névrotiques classiques qui sont les témoins indéniables de la division du sujet. Mais ce n'est pas le regard qui crée la structure. Je souhaite formuler par cela que l'approche de ce que j'appellerais la nouvelle clinique qui évacue totalement tout questionnement sur la dimension du désir inconscient se conjugue à la *doxa* qui est la référence intangible des comportements. Dès lors il y a, à mon sens, tout un travail de ce que l'on peut aborder comme une névrotisation de nos patients afin que du doute, un questionnement sur ces énoncés qui font références en toutes choses advienne enfin. Application clinique de la sentence de Laotréamont : « Le doute est un hommage rendu à l'espoir. »

Il y faut de la patience, souvent récompensée par un travail qui peut s'engager sur la part prise par l'histoire de chacun dans cette souffrance qui le surprend.

Mais quelquefois, en tout cas trop souvent, il paraît impossible de déclencher ce processus de questionnement soit parce qu'aucun humour n'est accessible, aucune métaphorisation n'est à même de sidérer le patient, soit parce que celui-ci a, si je peux m'exprimer ainsi, trouver un itinéraire-bis en choisissant la voie d'une addiction, des expériences extrêmes, un rapport pervers à l'autre.

C'est là où sont questionnés les concepts de forclusion et de déni, terme auquel je préférerais celui de désaveu.

C'est là encore où, plus que jamais, il faudra oublier notre savoir théorique pour pouvoir garder des oreilles enfantines aptes à s'étonner à l'écoute de la parole de l'autre en souffrance.

C'est là où pourra se percevoir ce que j'ai proposé d'appeler un « malaise dans l'énonciation », malaise qui pourra relever soit d'une difficulté liée à un refoulement, soit d'une impossibilité engendrée par une forclusion.

Il faudra alors, si une relation transférentielle s'est installée, s'engager dans un travail afin de tenter de passer du symptôme au sinthome.

Précisons cela pour terminer.

Le symptôme, je le définirai avec Alain Didier-Weill comme ce qui permet de « substituer à la dimension d'une vérité cachée par le moi, celle d'un moi cachant la vérité⁵ ». Mais Lacan a bien souligné que la vérité ne peut se dire toute, une partie de la vérité subjective échappe toujours à la parole et au langage comme je l'ai souligné plus haut dans cette intervention. Il y a toujours un noyau d'*unerkant*, qui nous prouve que la vérité n'est pas toute et c'est en cela qu'elle tient au réel.

Pour faire court cet *unerkant* ressort du passage par le refoulement originaire, rupture, « catastrophe » historique qui pose problème chez le psychotique.

Si la dimension moïque verrouille, peut-être uniquement pour un temps, tout accès à une Autre scène, c'est la possibilité de tomber dans un amour de transfert qui pourra permettre, grâce au cadre contenant qu'il instaure, d'écouter et d'accueillir une parole dans ce qu'elle a de singulier.

Pour faire court je dirais que cette singularité de la parole c'est le rapport qu'elle entretient avec la jouissance. Autrement dit, le transfert doit être le lieu, chaque fois différent car c'est le lieu du corps, le lieu où le réel du symptôme, réel qui est par définition trans-structural, pourra peut-être advenir comme sinthome en tant que celui-ci est événement de corps.

La problématique du soin ainsi posée, dépasse, on le voit, la distinction « Névrose, Psychose et Perversion », elle permet là de s'en passer à condition toutefois de s'en être servi au principe de la rencontre toujours manquée avec nos patients...

5 A. Didier-Weill, *Les trois temps de la loi*, op. cit., p. 227.