

Vivement le 12 mars ! Journée de la FIPA : une première

L'École de Cause freudienne se prépare par la voie d'une lecture méthodique et assidue, à la première Journée de la toute jeune Fédération des Institutions de Psychanalyse Appliquée qui se tiendra à Bordeaux le 12 mars prochain.

Non sans impatience. Pourquoi ? Parce que toutes les réalisations de la psychanalyse appliquée (dispositifs institutionnels, journées d'études, conversations...) sont l'occasion de faire avancer la psychanalyse, d'interroger et de conceptualiser ce qui fait notre pratique aujourd'hui et de vérifier qu'elle n'est pas une « thérapeutique comme les autres » selon l'expression de Lacan. Des applications de la psychanalyse, il s'agit d'exiger « qu'elle soit psychanalyse, qu'elle ne cède pas sur être psychanalyse » selon l'orientation que J.-A. Miller en a proposée.

C'est le sens que Lacan donne au terme d'application : « La psychanalyse s'applique, au sens propre, que comme traitement, et donc à un sujet qui parle et qui entend. » La structure du sujet, la méthode et l'assise des résultats que la psychanalyse dessine y sont donc fondamentaux.

Le contexte utilitariste de notre époque, l'exigence de garantie nous ont conduits à mettre en évidence des aspects de notre pratique inaperçus ou peu explorés – réalité dialectique. Poussés à rendre raison de l'efficacité de la cure, nous avons mis en évidence, lors de la Conversation de Barcelone, le caractère fini, non interminable de la cure analytique et questionné chaque cycle (bref ou pas) de l'expérience dans sa complétude.

De conversations cliniques et politiques précédentes, au plus près de la pratique actuelle des institutions de la FIPA, ont

été extraits les trois axes de la journée. Les présentes contributions de la commission scientifique (P. Bosquin-Caroz, Gil Caroz, P. La Sagna, E. Zuliani et moi-même) de cette journée les introduisent pour ouvrir notre appétit.

Et ce n'est pas tout.

L'Hebdo blog, deux semaines durant, porte ses projecteurs sur la psychanalyse appliquée. Lundi prochain, un numéro *spécial CPCT*.

En coulisses avec Patricia Bosquin-Caroz

L'Hebdo Blog : La 1ère journée d'étude de la FIPA (Fédération des Institutions de Psychanalyse Appliquée), se tiendra à Bordeaux le 12 mars prochain. Nous permettez-vous de lever avec vous le voile sur les coulisses de cette journée ? Quelle en a été la genèse, et à qui cette journée s'adresse-t-elle ?

Patricia Bosquin-Caroz : Je tiens tout d'abord à préciser que la FIPA, Fédération des Institutions de Psychanalyse appliquée, est une création récente de l'École de la Cause Freudienne, advenue au terme d'un *work in progress* de plusieurs années. La Fédération regroupe plus d'une trentaine d'associations qui y sont affiliées. Notons que le Directoire en constitue son bureau, l'administre et en promeut ses activités cliniques et épistémiques comme la Journée de Bordeaux, par exemple. Après le rééquilibrage nécessaire de l'expérience CPCT par Jacques-Alain Miller, à l'époque où la psychanalyse appliquée avait pris pas sur la psychanalyse pure

et la formation de l'analyste, le Conseil de l'ECF fit le constat que le modèle CPCT avait été adapté, modifié et qu'il s'était renouvelé. L'impact de telles structures, véritable maillage national, proliférant et non centralisé allait l'amener à s'intéresser de plus près à ce réseau d'institutions de psychanalyse appliquée existant de fait. Plusieurs conversations et journées casuistiques, réservées aux associations concernées, furent ensuite initiées par le Directoire et animées par Jacques-Alain Miller. Soulignons surtout qu'elles ont été l'occasion de constater qu'un véritable travail d'École pouvait se produire dans la FIPA. C'est d'ailleurs à la suite de la dernière journée casuistique en mars 2014, qu'émergea l'idée d'ouvrir la prochaine au public.

Quant aux thèmes qui seront mis à l'étude à Bordeaux, ils sont aussi issus de la conversation qui y eût lieu. S'ils concernent la pratique qui se déploie dans les CPCT et les associations du même type, ils intéressent plus largement le champ d'application de la psychanalyse à la thérapeutique en institution. À ce titre, la Journée du 12 mars prochain à Bordeaux est première en tant qu'elle s'adresse cette fois à un public élargi.

HB : Quels sont selon vous les enjeux essentiels de cette journée ? Qu'en attendez-vous ?

PBC : Dans la FIPA, si les CPCT et certaines associations cliniques travaillent selon le principe de gratuité du traitement, de sa limitation temporelle et du bénévolat de ses praticiens, elles se distinguent pourtant de l'assistance sociale, du soin médical ou psychologique par l'orientation psychanalytique qui y prévaut. Comme l'avait déjà formulé Jacques-Alain Miller, elles sont distinctes des lieux d'écoute habituels, car elles ont le souci de se constituer en lieux de réponse pour chacun.

En créant l'expérience CPCT, il s'agissait de faire exister

l'hypothèse de l'inconscient dans le social en facilitant l'accessibilité de la rencontre avec un psychanalyste. Au psychanalyste revenait la tâche, à condition qu'il soit rigoureusement formé, de faire émerger un savoir insu au sujet et le désir d'en élucider les ressorts ou de parier sur l'invention d'un savoir inédit offrant au sujet désarrimé l'occasion d'un nouveau mode de nouage à l'Autre. Être en prise directe sur le social, en opérant à partir du champ de la parole et du langage, au fondement même du lien social, garantit aux psychanalystes qui exercent dans ce type de lieu de se tenir à distance du pôle « assistance sociale ».

Dès lors, comment se tenir au plus près d'une pratique orientée par le tranchant de la découverte freudienne de l'inconscient ? En quoi la pratique des CPCT et des associations similaires relève-t-elle de la psychanalyse, de son éthique, de sa doctrine ? Comment y manie-t-on le transfert, levier essentiel à tout traitement, quand la durée de celui-ci est limitée et prescrite par avance ? Y-aurait-il une spécificité du traitement court ou bien celui-ci serait-il préliminaire à une cure psychanalytique ultérieure ? C'est ce que nous espérons pouvoir élucider lors d'une séquence spécialement réservée à ces questions : « Traitement bref : spécifique ou pas ». Philippe La Sagna donne l'empan de ce thème dans ce numéro d'HB.

HB : Au programme de la matinée, la discussion s'annonce à partir d'une question : « Querelle diagnostique ou phénomène clinique ? » Comment le signifiant « querelle » vient-il faire écho à ce qu'il en est de la question du diagnostic au 21ème siècle ? Et cette journée ne s'annonce-t-elle pas comme un aggiornamento de nos repères, plusieurs années après la discussion d'Arcachon qui avait mis en avant la psychose ordinaire ?

PBC : Cette question, « Querelle diagnostique ou phénomène clinique ? », est issue d'un débat qui eut lieu lors de la précédente journée casuistique interne à la FIPA (en mars

2014). Dans certains cas présentés, la question du diagnostic avait donné lieu à des « querelles » alors que dans d'autres, elle se trouvait noyée dans une clinique aux contours flous où l'on n'arrive pas à cibler le symptôme à traiter. Entre le diagnostic classique et la clinique du « tout le monde délire », un ajustement est à faire, avait suggéré alors Jacques-Alain Miller. Et il précisait que dans la clinique du « tout le monde délire », il s'agit de vérifier si le nouage qui permet que ça tienne est typique, standard ou singulier. Dans cette clinique, il n'y a pas d'étiquettes, le diagnostic ne se dit pas. « On quitte une zone où ça se dit pour une zone où ça ne se dit pas, c'est sous-entendu », mais repéré.

Pour autant, si dans la clinique contemporaine on ne se sert pas du diagnostic classique névrose, psychoses, perversion, il s'agit, disait-il, de constater le(s) phénomène(s) et arriver à une précision de celui-ci dans son expression littéraire, à la façon des certificats de G. de Clérembault. Dans cette clinique où l'on tend à préciser la nature du phénomène, J.-A. Miller rappelait encore l'importance de l'interrogatoire clinique, discipline qu'il faudrait avoir dans les CPCT, consistant à capter un symptôme et le décrire en quelques phrases. Déjà dans son intervention en 2008, « Retour sur la psychose ordinaire », il notait que quand la psychose ne va pas de soi et quand elle n'a pas l'air d'être une névrose, alors « vous devez vous mettre à chercher de tout petits indices ». À cette proposition, on ajouterait aujourd'hui, et savoir bien les repérer et les nommer en se tenant au plus près des formules singulières de chacun qui se dégagent de la rencontre avec un praticien analysant, lui-même mis à l'épreuve du bien dire dans sa propre cure. À ce sujet, je vous renvoie au texte de Gil Caroz...

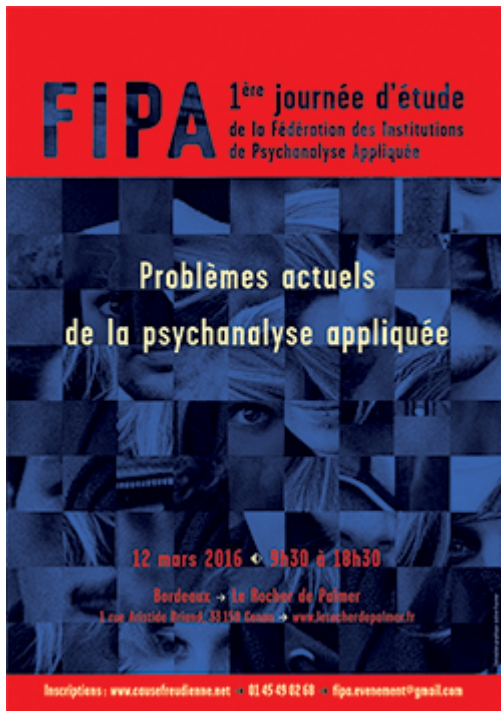
HB : L'après-midi, il sera question du partenariat avec les parents. En quoi ce thème vient-il illustrer l'expérience des institutions de la FIPA dans la cité et leurs enjeux vis-à-vis de l'actualité ? Quelle marge de manœuvre pour la psychanalyse

?

PBC : La question des parents et de leur implication dans le processus thérapeutique de leur enfant est en effet d'une brûlante actualité. On a vu à propos de la bataille de l'autisme comment la psychanalyse fut accusée de culpabiliser les parents et de mal les mener. Soit elle les laisserait à l'extérieur, les ignorerait, soit elle les inclurait pour leur faire des reproches ! Depuis un certain temps, dans les Instituts du champ freudien, nous nous sommes penchés sur cette question des parents et de leur place dans le dispositif analytique de l'enfant. À cet égard, Lacan nous a orientés en pointant que l'enfant est d'emblée impliqué comme sujet ou comme objet dans l'histoire du couple parental. Dans sa « Note sur l'enfant », il distingue la place de l'enfant symptôme de la vérité du couple parental de celle où l'enfant est pris comme objet saturant la place de l'objet *a* du fantasme maternel.

S'il y a donc lieu de donner une place aux parents, c'est tout d'abord pour repérer avec eux à quelle place l'enfant vient se loger dans le complexe parental, d'autant plus à l'heure des mutations nouvelles de la structure familiale. C'est aussi pour mieux identifier le symptôme dont souffre l'enfant et permettre sa juste formulation quand son énonciation n'est pas encore assurée. Alors, comme le formule J.-A. Miller dans son texte introduisant la dernière journée de l'Institut de l'Enfant, « on ne prend pas seulement les messages de bien-être négatif du sujet, mais également les messages de bien-être négatif, les malaises, venant des parents, venant des voisins, venant de l'école... »

À charge pour le praticien de savoir-y-faire avec ce partenariat. Dans la FIPA, nous avons voulu reprendre cette question « Des parents partenaires de l'expérience », pas seulement considérés comme Autre de l'enfant mais aussi comme sujet pleinement concernés par l'expérience. Eric Zuliani s'est attardé sur cette question.



Traitement spécifique ou pas

Traitement bref, spécifique ou pas ?

La question du traitement spécifique peut s'entendre de plusieurs façons. Simplement descriptive, ou bien structurale qui suppose qu'il le soit dans toutes ses modalités propres, ou bien seulement relative, dans son rapport à la cure analytique classique, par comparaison. Il y a une forme descriptive simple : les traitements ne durent pas longtemps et leur durée est fixée. Dans l'IPA on a ainsi défini des thérapies brèves. Des *short-term psychotherapy*.

Ensuite, on s'aperçoit depuis Balint et Ornstein qu'on préfère souvent parler malgré tout d'une sorte d'oiseau rare : « Élaborer une forme de psychothérapie psychanalytique brève, systématique et qu'on puisse définir et améliorer ? [\[1\]](#) » Aujourd'hui l'inquiétude est justement là, dans les risques que cela implique et on se questionne : « The danger exists

that short-term thérapies which allow themselves to be incorporated into the managed-care industry[2]»

À l'inverse, cet auteur récent note que la plupart des spécialistes de ces thérapies mettent en jeu et centrent les choses sur les relations entre les sujets et les autres et à l'intérieur du traitement, plus que sur ce qui se passe pour le sujet lui-même. Étudier les « relations » suppose d'examiner le langage : « Our idiom is our mystery. [3]» Remarque qui s'applique au patient et au thérapeute... La spécificité ne se sépare pas des modalités de transmission de la psychanalyse et des tentatives de la « fixer » dans un modèle serait-il réduit. On sait que cela impliquait, pour les auteurs « pionniers », un au-delà, une limite temporelle, soit la définition d'un but restreint, la fameuse « focalisation du traitement ». Le « conflit focal » qui était supposé restait pourtant un avatar du « conflit nucléaire » et infantile, et ces conflits étaient eux-mêmes définis par French comme pulsionnels. Ensuite le débat a été ouvert : faut-il alors sélectionner les patients ? Sélection qui définirait en partie la spécificité elle-même, mais les avis divergents sur ces modalités n'ont pas abouti à une définition stable.

Pour nous ce n'est pas par ce côté que le problème est à saisir. On oublie souvent qu'au départ le critère thérapeutique n'était pas au premier plan, mais ce qui importait c'était l'étude de l'interaction entre patient et thérapeute. Cela a donné une exigence de rendre compte au plus près du processus, du point de vue du patient et du point de vue de l'analyste. La brièveté permettait justement l'exhaustion des interactions et celle des interventions. Là où Freud avait précisé au contraire que le début et la fin de l'analyse étaient seulement aptes au compte-rendu par rapport au cours du traitement plus difficile à exposer.

Une autre tendance est de voir après Ferenczi dans cette forme de thérapie une possibilité d'activation du processus qui serait spécifique. Freud avait répondu à Ferenczi : « Mais

quelle que soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus importantes, les plus actives demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de tout parti pris. [4]» Alexander prit dans les années quarante le parti d'activer le transfert en modifiant le rythme, en interrompant le traitement ou en prenant le contre-pied de la situation de transfert. Aujourd'hui, certains manient par exemple une activation calculée de l'angoisse.

En usant du terme de *traitement rapide* à Barcelone en 2005, nous avons choisi d'accentuer une question de rythme plus que de durée, rythme qui donnerait son style au traitement. J.-A. Miller soulignait cela : « C'est sans doute que nous ne connaissons que la cure analytique longue à effets rapides. Question : peut-on définir en psychanalyse quelque chose comme une cure rapide ? [5]» Les moments cruciaux d'une cure classique se présentent souvent comme des moments rapides qui peuvent servir d'inspiration au traitement rapide. Quelle est dans cette perspective du traitement rapide la place du transfert ? La brièveté ne laisse que peu de place à un déploiement de la répétition. Mais par contre n'y a-t-il pas des éléments essentiels qui se révèlent cependant dans la dimension du transfert, d'où le souci pour le « relationnel » qui ferait symptôme ? Ce que Balint recherchait avec l'interaction c'est aussi ces effets spontanés et rapides du transfert qui ne prennent pas ensuite le tour de la répétition. Lacan nous a aussi montré que le transfert n'est pas simple reproduction du passé mais bien production d'une réalité nouvelle.

Autre question : est-ce le temps que l'on limite ou le but, la visée même qui doit être définie, là où elle peut sembler indéfinie dans la psychanalyse ? Mais cet indéfini d'apparence est lui-même pris dans la haute définition supposée à l'analyse de l'analyste et à son désir... Désir de l'analyste que Lacan met justement au centre du transfert. À ce niveau il

n'y a pas d'analyste qui s'autoriserait de son « application » à la tâche ! On remarque que bien des traitements prendront une forme singulière non pas par rapport au « cadre », mais par rapport à la modulation apportée à l'action de l'analyste par le temps, par la « focalisation » de sa décision, ou par son désir. Le point commun entre les traitements brefs et la cure, c'est l'idée que la terminaison peut en définir l'existence même. J.-A. Miller soulignait à Barcelone que : « Lacan a l'idée que les analyses se terminent bel et bien. Et ces cas sont précieux parce qu'ils démontrent le caractère fini de l'expérience, même s'il s'agit seulement d'un seul cycle. On peut toujours refaire des tours, mais chaque cycle de l'expérience a sa complétude. Ce serait une nouvelle thèse : l'analyse est tellement terminable qu'elle se termine plusieurs fois (rires), qu'elle aime terminer, et termine de façon répétitive. Cela suit l'expérience de près. Il y a une fin finale, et comme l'analyse aime terminer, elle termine à nouveau. C'est dire qu'elle oblige à recommencer – pour terminer. [\[6\]](#) »

Souvent, on voit que le sujet lui-même ou l'analyste peuvent décider de mettre le mot fin avant ce qui est fixé. Est-ce alors précipitation, prudence, ou impasse ? Quel est le rôle de l'analyste et de son désir dans cet arrêt rapide facilement attribué au patient, ou au cadre ?

P.-G. Gueguen remarquait à Barcelone à propos de la fin : « Non pas que le patient ait épuisé toutes les ressources qu'une cure analytique pourrait lui offrir, mais simplement parce que le mieux obtenu ne le contraint nullement à s'engager plus loin. [\[7\]](#) » Il y voyait une liberté. Mais on s'aperçoit aussi que souvent, pas toujours, ce traitement rapide, fonctionne comme un préliminaire à une analyse. Cela ne veut pas dire qu'il s'agit justement d'un traitement préliminaire.

L'anonymat de l'institution, voire le caractère multiple des intervenants peut être facilitateur pour des sujets forclos en

déshérence de l'Un. Mais ce qui est à prendre aussi en compte c'est l'effet de l'époque et de son rapport au temps sur la façon de percevoir et de traiter le malaise. À ce propos, dans son dernier article paru dans l'*Hebdo Blog*, Miquel Bassols remarquait que : « Dans cette conjoncture, il y a un paradoxe qui fait notre actualité : plus on promeut l'éternité pour sujet, plus on le pousse à l'urgence subjective ; plus on déplace le sujet dans la chaîne infinie du signifiant, plus on obtient son angoisse comme signe d'un réel, plus on trouve un sujet hyperactif, un sujet poussé à l'acte.[8]»

Un traitement reste pour nous le traitement du réel par le symbolique, avec parfois quelques retours !

[1] Balint Enid, Balint Michael, Ornstein Paul H., *La psychothérapie focale. Un exemple de psychanalyse appliquée*, Payot, 1963, p. 15.

[2] Coren Alex, *Short-term psychotherapy, A psychodynamic Approach*, Karnac books, 2001, p. 167.

[3] *Ibid.*, p. 72.

[4] Freud S., *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1975, pp. 140-141.

[5] Miller J.-A., « Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse », *La Conversation de Barcelone*, Le Paon, 2005, p. 35.

[6] *Ibid.*, p. 53.

[7] *Ibid.*

[8] Bassols M., « Le corps parlant et ses états d'urgence », *l'Hebdo Blog*, 14/02/2016, article disponible en ligne.

Diagnostiquer : un effort de poésie

Querelle diagnostique ou phénomène clinique ?

Lors de l'après-midi casuistique de mars 2015^[1], Jacques-Alain Miller a souligné que le diagnostic n'est plus en vigueur dans une clinique qui prend acte du « tout le monde délire » lacanien. Dans ce contexte, a-t-il ajouté, le diagnostic ne se dit plus, il est sous-entendu. Par ailleurs, ce qui est à mettre en avant est l'interrogatoire clinique en tant qu'il permet de constater le phénomène, le préciser et le décrire très brièvement. Cette description concise est de l'ordre d'une nomination.

Si le clinicien ne peut se passer d'une connaissance du catalogue de la vraie psychiatrie, à distinguer du DSM, sa compétence à décrire le tableau clinique dépend de son talent de bien dire, celui qui lui permet de nommer le phénomène tout en n'effaçant pas le sujet derrière le rapport clinique. Le génie de Clérambault est ici source d'inspiration. Parlant des rapports que Clérambault rédigeait chaque jour par dizaine, Paul Guiraud, qui a préfacé son *Œuvre Psychiatrique*, les qualifie de « certificats sur mesures, œuvres d'art autant que de science ». En une ou deux pages, Clérambault savait « épouser sans lacune et sans défaut la personnalité du malade, ne reculant pas devant le néologisme qui était toujours de filiation authentique. On peut dire qu'il a presque créé une école littéraire qui devrait être celle de toutes les administrations ^[2]. »

L'utilisateur du DSM 5 peut se contenter de noter le code 297.1 (F22) pour indiquer que le patient souffre de *Delusional*

disorder. Ensuite, son art se réduit à préciser s'il s'agit du type érotomaniaque, grandiose, de jalousie, de persécution, somatique ou « mixed ». A l'opposé, les descriptions littéraires de Clérambault dans ses courts « certificats » donnent à la personne décrite une consistance vivante. Il ne s'agit pas seulement d'un tableau clinique, mais d'une présence, une épaisseur de corps, nourrie à l'occasion par des citations du patient. Ainsi, on croit entendre la voix d'Amélie, lingère dans une maison religieuse, décrivant l'étrangeté de l'automatisme mental qui la parasite. « Quand on dit "on", dit-elle, on a l'air de parler de deux personnes...Il y a quelque chose qui parle quand il veut, et qui arrête quand il ne parle plus. » Plus loin, Clérambault note concernant Amélie que « son érotisme se manifeste par des sourires et des rougeurs prolongés » ou encore qu'elle « commence et elle arrête des gestes impulsifs. Elle dit tout haut ce qu'elle suppose que nos pensons. » C'est comme si le lecteur participait à l'entretien quand il lit sous la plume de Clérambault : « Une moitié d'elle se fatigant à la fin de l'interrogatoire et lui inspirant à ne pas répondre, une autre moitié, qui nous est favorable, s'irrite, et à haute voix elle rebiffe l'autre : « on veut répondre, laissez, on attendra bien un peu. [\[3\]](#) » On songe ici à *L'amante anglaise* de Marguerite Duras qui nous permet de toucher du doigt la réticence psychotique à partir de la mise en scène du lien qui s'installe entre l'auteur du crime et l'homme qui l'interroge pour tenter de cerner le trou indicible de sa motivation. Et quand Clérambault conclut de façon laconique « En résumé : Automatisme. Érotisme. Mysticisme. Mégalomanie », ces mots qui appartiennent à une classification universelle, sont transformés en nominations de quelques phénomènes éminemment singuliers du cas d'Amélie.

Les présentations de malades du Dr Lacan témoignent de l'enseignement de Clérambault qu'il reconnaît comme son seul maître en psychiatrie. Telles que nous les dépeint Jacques-Alain Miller [\[4\]](#), elles relèvent de la tragédie grecque, sauf

que les participants à la présentation, à la fois chœur et public, sont dans une attente non pas d'une catharsis, mais d'un diagnostic qui serait le dernier mot sur le patient. Lacan esquive cette attente en faisant un pas de côté. Il arrive à affirmer le diagnostic, et dans le même temps le suspendre et le problématiser pour en prolonger l'étude. Sa référence à la classification est là pour dire la normalité du sujet psychotique qui ne manque pas de reconnaître l'Autre dans l'automatisme mental qui le traverse. Pour le reste, Lacan suit le fil freudien d'une nomination de la jouissance singulière qui l'emporte sur la nomenclature psychiatrique. En effet, Ernst Lanzer est entré dans l'histoire de la psychanalyse sous le nom de *L'homme aux rats* plutôt que comme *un cas de névrose obsessionnelle*. De même, on pense à Sergueï Constantinovitch Pankejeff comme étant *L'homme aux loups* avant de considérer le cas de *névrose infantile*, diagnostic par la suite contesté.

Ainsi, aux côtés de la nosographie psychiatrique qui convient, la psychanalyse tente d'épouser au plus près non seulement la personnalité mais aussi la jouissance sujet. La nomination des phénomènes relève d'une compétence littéraire, plus que scientifique. Rien de mieux pour se former à cet effort de nomination que la cure elle-même. Savoir nommer sa propre jouissance est une condition préalable au bien dire relatif à la nomination de la jouissance de l'autre. Diagnostiquer, c'est faire un effort de poésie.

[1] BOSQUIN-CAROZ, P. *Compte rendu de l'Après-midi casuistique des CPCT et associations apparentées* (FIPA).

[2] de CLERAMBAULT, G., *Œuvre psychiatrique*, PUF, Paris, 1942.

[3] *Ibid.* p. 457- 458.

[4] MILLER J.-A., « Enseignements de la présentation de malades », *La conversation d'Arcachon*, Paris, Le Seuil, 1997, p. 285-304.