

Section clinique d'Aix-Marseille

Direction
Jacques-Alain MILLER

Coordination
Hervé CASTANET

Enseignants
Hervé CASTANET
Sylvie GOUMET
Nicole GUEY
Françoise HACCOUN
Pamela KING
Jean-Louis MORIZOT
Dominique PASCO
Sylvette PERAZZI
Élisabeth PONTIER
Patrick ROUX

Enseignants associés
Renée ADJIMAN
Marie-Christine BELZANTI
Françoise DENAN
Pierre FALICON

Invités
Jean-Pierre DEFFIEUX (Bordeaux)
Jean-Pierre DENIS (Bastia)
Bernard LECŒUR (Reims)
Marco MAUAS (Tel Aviv, Israël)

Les inscriptions et les demandes de renseignements concernant aussi bien l'organisation pédagogique qu'administrative doivent être adressées à :

Section clinique d'Aix-Marseille
Association Uforca Aix-Marseille
pour la formation permanente
5, rue Vallence - 13008 MARSEILLE
Tél. 06 12 21 94 75 - 06 61 89 98 70
section.clinique.am@wanadoo.fr

Conditions générales d'admission et d'inscription

Pour être admis comme étudiant de la Section clinique, il n'est exigé aucune condition d'âge ou de nationalité. Il est, par contre, recommandé d'avoir accompli des études universitaires.

Les admissions ne sont prononcées qu'après un entretien du candidat avec un enseignant. Le nombre de places étant limité, les inscriptions se feront dans l'ordre d'arrivée des demandes.

La session 2016 s'inscrit dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC).

La Section clinique est habilitée – après examen préalable – à délivrer des conventions de stage pour les cursus de formation clinique.

Secrétariats des Sections cliniques francophones

Aix-Marseille

5, rue Vallence
13008 Marseille
Tél. : 06 12 21 94 75
ou 06 61 89 98 70
section.clinique.am@wanadoo.fr

Angers

5, rue David-d'Angers
49100 Angers
Tél. : 02 41 88 27 43

Bordeaux

15, place Charles-Gruet
33000 Bordeaux
Fax : 05 56 51 16 25
uforcabordeaux@wanadoo.fr

Bruxelles

51, square Vergote
1030 Bruxelles
BELGIQUE
Tél. : +32 (0)2 732 20 12

Chauny-Prémontré

11^{bis}, avenue de Dublin
89000 Amiens
Tél. : 03 22 46 34 34

Clermont-Ferrand

32, rue Blatin
69300 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 93 68 77
Fax : 04 73 34 28 01

Lyon-Grenoble

4, avenue Berthelot
69007 Lyon
Tél./Fax : 04 72 71 79 45

Nantes

1, square Jean-Heurtin
44000 Nantes
Tél. : 02 28 24 09 53
bporcheret@wanadoo.fr

Nice

25, rue Meyerbeer
06000 Nice
Tél. : 04 93 88 85 16
philippe.de-georges@wanadoo.fr

Paris Île-de-France

5, bd Bourdon
75004 Paris
sclinpidf@wanadoo.fr

Paris Saint-Denis

2, rue de la Liberté
93526 Saint-Denis
Tél. : 01 49 40 68 00

Rennes

2, rue Victor-Hugo
35000 Rennes
Tél. : 02 99 79 72 36

Antennes cliniques

Brest-Quimper

7, rue de l'Île-de-Sein
29000 Quimper

Dijon

19, place Darcy
21000 Dijon
Tél. : 03 89 76 95 59

Gap

6^{bis}, rue d'Abon
05000 Gap
Tél. : 04 92 52 03 68

Montpellier

7, rue Labbé
34000 Montpellier
Tél. : 04 67 64 06 06

Toulouse

10, rue Bouquières
31000 Toulouse
Tél./Fax : 05 61 14 69 80
colleclinique-toulouse@orange.fr

Enseignement de propédeutique

Entrées dans la psychose

Dans la clinique, l'entrée dans la psychose constitue un moment privilégié à ne pas manquer. Le psychotique lui-même, si on veut bien l'écouter, en témoigne : il y a un avant et il y a un après – avant c'était ainsi, après ce fut différent explique-t-il. Le président Schreber, le patient le plus célèbre de la psychiatrie, dont les *Mémoires* (1911) furent commentés par Freud et Lacan, décrira finement comment son monde mental tenait et comment, après sa nomination à un poste prestigieux dans la magistrature, à plus de cinquante ans, il vola en éclats. Son délire religieux ayant eu cette fonction de reconstruire un monde nouveau.

L'entrée n'est pas uniforme. L'entrée-type n'existe pas. Il n'y a pas une mais des entrées dans la psychose, toujours singulières.

Pour s'orienter, il est nécessaire de distinguer la structure psychotique que la forclusion (la *Verwerfung* freudienne) du signifiant de la Loi (= le Nom-du-Père) spécifie et le moment du déclenchement qui fait entrée. Ce dernier révèle la structure qui pouvait passer inaperçue puisque hors des dispositifs (hospitalisations, consultations psychiatriques, entretiens avec le psychanalyste...) qui l'auraient isolée.

Le trésor clinique classique de la psychiatrie, lorsque la pharmacopée se réduisait à peu, a souvent insisté sur ces déclenchements : « un coup de tonnerre dans un ciel serein » était une modalité d'entrée. Le surgissement des « bouffées délirantes », chères à l'École de V. Magnan, était un autre critère pour se repérer. Lacan, au milieu des années 1950, dans son retour à Freud, mit de l'ordre dans cette clinique, certes riche et descriptive mais émietlée et parcellaire : « Pour que la psychose se déclenche, il faut que le Nom-du-Père, *verworfen*, forclos, c'est-à-dire jamais venu à la place de l'Autre, y soit appelé en opposition symbolique au sujet. » Le déclenchement implique que des coordonnées spécifiques soient réalisées – il ne se produit jamais au hasard et n'est soumis à aucun formatage. Il n'y a pas de grilles statistiques pouvant rendre compte de la pluralité des déclenchements et donc des entrées dans la psychose. N'entend-on pas souvent des affirmations toutes faites marquées du sceau de l'évidence : après l'âge de trente-cinq ans, les déclenchements sont rares ; l'enfant peut traverser les structures et passer de la névrose à la psychose ; un noyau psychotique est présent chez chacun ; la rencontre du sexuel est cause de déclenchement à l'adolescence ; chaque psychose a nécessairement son déclenchement, etc. ? La clinique quotidienne, orientée par Lacan, démontre que ces affirmations ne peuvent être généralisées car elles objectent à la prise en compte du un par un : oui, il y a des entrées dans la psychose chez des personnes très âgées ; non, on ne peut passer d'une structure à l'autre ; l'entrée dans la psychose chez l'adolescent ne se réduit pas à la seule rencontre du sexuel ; oui, il y a des psychoses sans déclenchement – ainsi les psychoses « ordinaires », etc.

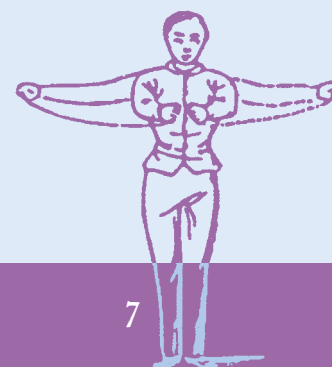
Cette session propose de donner des repères et des outils concrets pour éviter la stupidité « d'ahaner à la rame quand le navire est sur le sable » (Lacan).

3 modules : Ateliers de lecture, Situations cliniques, Séminaire théorique.

► De janvier à juin 2016
les vendredis de 13 h 30 à 18 h :

15 et 29 janvier
5 et 26 février
11 (*Conversation*) et 25 mars
1^{er} avril
13 et 27 mai
10 et 24 juin

Lieu : Marseille.



Conférences d'introduction à la psychanalyse

Destins de l'œdipe freudien

Névrose, psychose et perversion

Contre une clinique du regard qui privilégie la description des symptômes et les théories organicistes, Freud pose dès 1897 une causalité psychique aux symptômes qu'il réfère au mythe d'Œdipe. Il préservera cette balise malgré les remaniements conceptuels auxquels il procède : « Si la psychanalyse n'avait à son actif que la seule découverte du complexe d'Œdipe refoulé, cela suffirait à la faire ranger parmi les précieuses acquisitions du genre humain¹. »

La théorisation qui s'en déduit est une boussole opératoire toujours efficace pour poser un diagnostic. Elle fait réponse à la tendance contemporaine qui, dans le droit fil des aliénistes du XIX^e siècle, identifie chaque symptôme à une nouvelle pathologie, introduisant ainsi un flou entre les structures. La nosographie psychiatrique extensive est réduite, grâce aux travaux de Freud, à une classification en trois structures : névrose, psychose et perversion.

C'est donc à partir d'un mythe qui fonde le rapport du sujet à l'Autre dans sa soumission ou pas à l'interdit de l'inceste et à la castration que Freud trouve une orientation clinique et diagnostique : névrose, psychose et perversion, chacune de ces structures se spécifie au regard de l'Œdipe. La castration, soumise au refoulement (*Verdrängung*) dans la névrose, à la forclusion (*Verwerfung*) dans la psychose, est en butte au démenti (*Verleugnung*) dans la perversion. Ces structures précèdent d'un choix inconscient, elles sont autant de modalités psychopathologiques d'un dire « Non » à la castration.

Les *Conférences d'introduction à la psychanalyse* proposent de suivre la voie tracée par Freud pour retrouver les balises théoriques solides que nous offre sa découverte majeure.

1. Freud, *Abrégé de psychanalyse*, PUF, Paris, 1985, p. 64.

► De décembre 2015 à juin 2016
les mardis de 19 h à 21 h :

8 décembre 2015
19 janvier 2016
23 février
15 mars
19 avril
17 mai
14 juin

Lieu : Hôpital Montperrin
à Aix-en-Provence.



SECTION CLINIQUE D'AIX-MARSEILLE

SECTION CLINIQUE

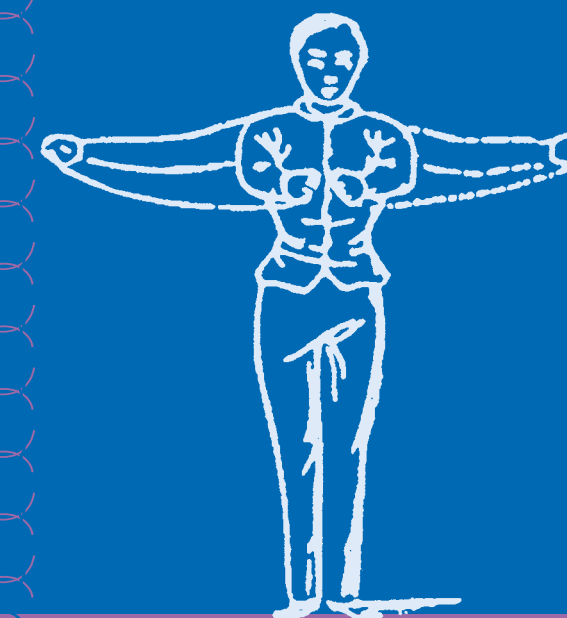
Section clinique

Les mots, les corps, les objets
au temps de la forclusion généralisée

« Être fou n'est pas un privilège » (Lacan, 1976)

Propédeutique

Entrées dans la psychose



Session 2016

De janvier
à juin

Association UFORCA Aix-Marseille pour la formation permanente

Secrétariat : 5, rue Vallence – 13008 Marseille

Tél. : 06 12 21 94 75 et/ou 06 61 89 98 70

E-mail : section.clinique.am@wanadoo.fr

www.section-clinique.org

n° agrément 9 31 30657813

Prologue de Guitrancourt

par Jacques-Alain Miller

Le diplôme de psychanalyste n'existe dans aucun pays au monde. Il ne s'agit pas d'un hasard ou d'une inadéquation. La raison en est liée à l'essence même de la psychanalyse. On ne voit pas bien en quoi peut consister l'examen de la capacité à être analyste, puisque l'exercice de la psychanalyse est d'ordinaire privé, réservé à la confiance la plus intime accordée par le patient à l'analyste. Admettons que la réponse de l'analyste soit une opération, c'est-à-dire une interprétation, qui porte sur ce que nous appelons l'inconscient. Cette opération ne pourrait-elle pas constituer un matériel d'examen? D'autant plus que l'interprétation n'est pas l'apanage de la psychanalyse et est même utilisée par des critiques de manuels, documents et inscriptions.

L'inconscient freudien se constitue seulement dans la relation de parole que j'ai décrite : il ne peut être validé en dehors de celle-ci et l'interprétation analytique est convaincante non en soi mais par les effets imprévisibles qu'elle suscite chez celui qui la reçoit, et dans le contexte même de cette relation. Il n'y a pas de porte de sortie. Seul l'analysant pourrait attester alors la capacité de l'analyste, si son témoignage n'était altéré, souvent dès le début, par l'effet du transfert. Comme nous le voyons, le seul témoignage valable, le seul susceptible de donner une certaine garantie concernant le travail, serait celui de l'analysant « post-transfert » encore disposé à défendre la cause de la psychanalyse.

Ce que nous appelons ainsi « témoignage » de l'analysant est le noyau de l'enseignement de la psychanalyse, en tant que ce qui a pu se clarifier, dans une expérience essentiellement privée, est susceptible d'être transmis au public. Lacan a institué ce témoignage sous le nom de « passe » (1967) et a défini l'enseignement dans sa formulation idéale, le « mathème »1 (1974). Entre les deux, une différence : le témoignage de la passe, encore chargé de la particularité du sujet, est limité à un cercle restreint, interne à un groupe analytique, pendant que l'enseignement du mathème, qui doit être démonstratif, est pour tous – et, dans ce cas, la psychanalyse entre en contact avec l'université.

1 Du grec *mathema* : ce qui s'apprend.

L'expérience est conduite en France depuis quatorze ans à Paris.

Elle fut à l'origine de la création de la Section clinique de Bruxelles et de Barcelone, de Londres, Madrid et Rome, mais aussi en France, pour la première fois, à Bordeaux.

Il faut déterminer clairement ce qu'est et ce que n'est pas cet enseignement.

Il est universitaire, il est systématique et gradué, il est dispensé par des responsables qualifiés et conduit à l'obtention de diplômes.

Il n'est pas une habilitation lacanienne, que cela se situe à Paris, Rome, ou Bordeaux, que cela soit proposé par des organismes publics ou privés. Ceux qui y assistent sont appelés participants, terme préféré à celui d'étudiants, pour souligner l'importante initiative qu'ils devront prendre – le travail fourni ne sera pas extorqué : cela dépend d'eux, il sera guidé et évalué.

Il n'est pas paradoxal d'affirmer que les exigences les plus sévères concernent ceux qui se mesureront avec la fonction d'enseignants du Champ freudien, fonction sans précédent dans son genre : puisque le savoir se fonde dans la cohérence, trouve sa vérité seulement dans l'inconscient, en d'autres termes, dans un savoir dont personne ne peut dire « je sais ». Cela signifie que cet enseignement ne peut être exposé que s'il est élaboré sur un mode inédit, même s'il est modeste.

Il commence avec la partie clinique de cet enseignement.

La clinique n'est pas une science, elle n'est pas un savoir qui se démontre ; c'est un savoir empirique, inséparable de l'histoire des idées. En l'enseignant, on ne fait pas que suppléer aux carences d'une psychiatrie qui laisse de côté sa riche tradition classique pour suivre les progrès de la chimie, nous y introduisons aussi un élément de certitude (le mathème de l'hystérie).

Dans un même temps, les présentations de malades complèteront l'enseignement.

En conformité avec ce qui, autrefois, a été fait sous la direction de Lacan, nous avançons petit à petit.

15 août 1988



Du Séminaire de Jacques Lacan (1953-1980, en cours de publication), on peut dire qu'il a assuré à lui seul la formation permanente de plusieurs générations de psychanalystes. Cet enseignement, qui restitua et renouvela le sens de l'œuvre de Freud, inspire de nombreux groupes psychanalytiques. À l'origine de la création du Département de psychanalyse, il continue d'orienter son travail. L'Institut du Champ freudien se consacre à son développement.

Le Département de psychanalyse existe depuis 1968. Il fut rénové en 1974 par Jacques Lacan, qui resta son directeur scientifique jusqu'à sa mort en septembre 1981. Il fait aujourd'hui partie de l'Université Paris VIII. Jacques-Alain Miller en est le directeur.

L'Institut du Champ freudien s'inscrit dans le cadre associatif. Il a pris la suite, en 1987, du Cercle de clinique psychanalytique (1976).

Après Barcelone, Madrid, Bruxelles et Rome, après Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lyon, Dijon, Rouen, Angers, Rennes et Lille, l'Antenne clinique d'Aix-Marseille est créée en 1995 et devient Section clinique en 1996. Elle ne se situe pas dans le cadre d'un groupe psychanalytique, même si ses enseignants sont d'orientation lacanienne. Cette expérience innovante à Marseille et dans la région PACA a pour but d'assurer un enseignement fondamental de psychanalyse, tant théorique que clinique. Elle s'adresse aussi bien aux travailleurs de la « santé mentale », psychiatres, médecins, psychologues, orthophonistes, éducateurs, infirmiers, etc., qu'aux psychanalystes eux-mêmes, aux universitaires et aux étudiants intéressés par ce savoir particulier.

Participer à la Section clinique n'habilite pas à l'exercice de la psychanalyse.

Une attestation d'études cliniques sera délivrée aux participants.

La session 2016 de la Section clinique est constituée d'une présentation de malades, d'un séminaire théorique, de groupes d'élucidation des pratiques cliniques, d'une journée de conversation clinique (ouverte au public extérieur) et de deux matinées (samedis) de la SC.

Les mots, les corps, les objets au temps de la forclusion généralisée

« Être fou n'est pas un privilège » (Lacan, 1976)

► De janvier à juin 2016
les vendredis de 14 h à 19 h 30 :

15 et 29 janvier
5 et 26 février
25 mars
1^{er} avril
13 et 27 mai
10 et 24 juin

► et deux « Matinées de la SC »,
de 10 h à 12 h 30, les samedis :

27 février
28 mai

Lieu : Marseille.

► Tarifs
Particuliers : 420 €
Institutions : 800 €
Étudiants : 250 €

Enseignement pris en charge
par la formation permanente :
68 heures de formation.

La Conversation clinique

Les mots, les corps, les objets au temps de la forclusion généralisée

« Être fou n'est pas un privilège » (Lacan, 1976)

► Vendredi 11 mars 2016 (10 h-13 h et 15 h-18 h)

Invités : - Jean-Pierre DEFFIEUX (Bordeaux)
- Jean-Pierre DENIS (Bastia)
- Bernard LECŒUR (Reims)
- Marco MAUAS (Tel Aviv, Israël)

► Journée ouverte
au public extérieur.

Les modules d'enseignement de la Section clinique

1. Présentation de malades

En médecine, l'adjectif *clinique* désigne ce qui se fait au lit du malade. Le *Littre* propose la définition suivante : *Médecine clinique*, celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement. *La clinique*, comme substantif, est une action orientée par un savoir – la doxa médicale – mais sa visée est toujours pratique : intervenir sur le corps souffrant *hic et nunc*.

Jacques Lacan, jusqu'à la fin de sa vie, a assuré ses présentations de malades dans des services hospitaliers de psychiatrie. En effet, la présentation clinique des malades a ses lettres de noblesse dans la psychiatrie, notamment universitaire, pour sa valeur d'enseignement et de formation.

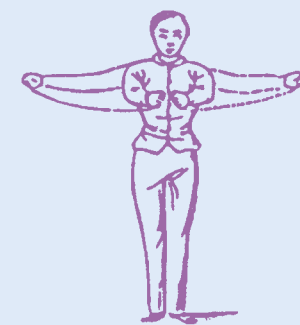
Pourquoi des psychanalystes, orientés par Lacan, continuent-ils à la pratiquer au sein de la Section clinique? Veulent-ils mimer le savoir du maître aujourd'hui disparu? N'est-ce pas humiliant pour le malade hospitalisé? Pourquoi accepter la présence de plusieurs dizaines de participants? Cette assistance n'est-elle pas en position de voyeur? À rebours de ces critiques, la présentation actualise deux questions qui ont valeur d'enjeu :

2. Séminaire théorique

Les mots, les corps, les objets au temps de la forclusion généralisée

« Être fou n'est pas un privilège » (Lacan, 1976)

La fin de l'enseignement de Lacan (à partir du début des années 1970) ouvre une autre perspective pour la psychose avec une nouvelle définition de la structure dégagée du formalisme structuraliste : « La structure, c'est le réel qui se fait jour dans le langage¹. » C'est le mérite exceptionnel du travail réalisé depuis près de vingt-cinq ans par les Sections, Antennes et Collèges cliniques francophones, sous la direction de Jacques-Alain Miller, que d'avoir tiré des conséquences pour la clinique de cet enseignement orienté par le réel. « Le choix est un choix forcé : ou bien notre clinique sera ironique, c'est-à-dire fondée sur l'inexistence de l'Autre comme défense contre le réel – ou bien notre clinique ne sera qu'une resucée de la clinique psychiatrique. [...] Ce que je dis là n'épargne pas la clinique psychanalytique des psychoses quand celle-ci se borne à mesurer la psychose à l'aune du discours établi de l'analyste – cela veut dire la référer à la norme œdipienne². » C'est la thèse de la clinique universelle du délire : « [...] tous nos discours ne sont que des défenses contre le réel³. » La paranoïa était la psychose de référence au premier temps de l'enseignement de Lacan. Dans la seconde orientation, c'est la schi-



1. En quoi l'entretien, non-réitéré, avec un psychanalyste peut-il avoir, pour le malade hospitalisé qui a donné son accord, valeur de **rencontre**? Il parie sur l'effet du discours analytique en ceci que, décentré par rapport aux logiques cliniques de la psychiatrie ou de la psychologie, il affirme un *sujet* de l'inconscient. La psychose, loin d'y objecter, révèle dans sa spécificité ce qu'est un *sujet psychotique*.

2. En quoi l'enseignement de Freud et de Lacan permet-il de s'orienter dans une parole qui, de ne pas être ordonnée par le Nom-du-Père, oblige le sujet à des modalités pour *faire avec*? C'est le repérage structural (années 1950-1970) de la psychose et des réponses au trou forclusif (*Verwerfung*). La fin de l'enseignement de Lacan (années 1970-1980) pose une autre question : si l'Œdipe n'est qu'une fiction délirante, que devient la référence au sujet dit aliéné? La psychose y est pensée en termes non plus de déficit mais d'**invention**. Conduite avec doigté et respect, la « Présentation clinique » interpelle le psychanalyste au point le plus vif de son acte et de la mise à l'épreuve des concepts. Elle vérifie la rupture qu'introduit la référence à la psychanalyse. Psychiatrie et psychologie feraient bien d'en prendre de la graine!

zophrénie qui permet le mieux d'entendre cette défense contre le réel. La clinique structuraliste, avec ses classifications bien tranchées, se trouve à certains égards renversée par la clinique borroméenne. Lacan manifeste une conception beaucoup plus extensive de la psychose en constatant la même année dans son séminaire *Le sinthome* que, finalement, « ce n'est pas un privilège que d'être fou⁴ ». Le statut généralisé de la psychose nous a amenés à considérer les formes ordinaires de la psychose et à parler d'*époque de la forclusion généralisée*. Cette clinique nouvelle est une clinique de la gradation. Elle est continuiste, non structuraliste. Jacques-Alain Miller la pose ainsi : « On distingue, non pas des classes, mais des modes, qui sont des variations. Dès lors, on fait sa place à l'approximation. Si l'Autre existe, on peut trancher par oui ou ...

Coordination
du séminaire théorique

Hervé CASTANET
Nicole GUEY
Sylvette PERAZZI

non. [...] Mais quand l'Autre n'existe pas, on n'est pas simplement dans le oui-ou-non, mais dans le plus-ou-moins [...]»⁵. Une conséquence clinique, pour la pratique quotidienne, s'en déduit : la psychose est un concept étendu, nullement épuisé par les seules formes cliniques des psychoses psychiatriques. Il y a des sujets sans phénomène élémentaire, sans trouble du langage, sans délire, sans errance, etc. Au contraire, ils présentent parfois une surnormalité qui les rend particulièrement adaptés. Pourtant, ces sujets consultent. On les voit à l'hôpital parfois, dans les dispensaires également, chez le clinicien en cabinet et chez le psychanalyste souvent. C'est ce que nous nommons, suite à l'apport de Jacques-Alain Miller, la *psychose ordinaire*⁶. La psychiatrie les ignore pour ne jamais (ou presque) les rencontrer ou les

3. Éluclidation des pratiques cliniques Groupes I et II

Le clinicien est toujours jugé sur sa pratique. Il a beau savoir manier les concepts ou déplier ses références, l'heure de vérité est au pied du lit du malade. La clinique est son heure de vérité.

Le module « Éluclidations des pratiques cliniques » a une double orientation :

- Repérer ce que le clinicien (psychiatre, psychologue ou autre de formation) rencontre dans la clinique souvent sous la forme d'un insupportable : un **réel** surgit avec ses effets d'anxiété ; le cas suivi n'entre pas dans les cases de la nosographie et donc interroge la pertinence du savoir ; l'effet thérapeutique n'est pas au rendez-vous ; le risque de passage à l'acte augmente avec la prise en charge ; le transfert devient envahissant ou, *a contrario*, semble faire défaut ; etc. Le clinicien est démuné, ne sait plus comment faire. Il perd ses repères, son savoir et son savoir y faire.

- **Construire le cas**. Le terme *construire* peut heurter. Ne faudrait-il pas au contraire prendre la parole du sujet comme elle vient, s'y immerger sans retenue, voir d'abord pour savoir ensuite. Cela se dit encore ici ou là : construire le cas serait une distance théorique, une mise à l'écart, une rationalisation voire une intellectualisation. Seul l'empirisme clinique serait la conduite juste. Cette orientation se révèle fautive et même dangereuse.

4. Les matinées de la Section clinique 2 samedis matins de 10 h à 12 h 30

Les deux matinées de la Section clinique ont une orientation précise : repérer en quoi et comment le travail des artistes (écrivains, cinéastes, peintres...), hors la clinique *stricto sensu*, questionne la psychanalyse. L'écueil courant, à éviter absolument, est la psychanalyse appliquée qui prétend, via les œuvres, découvrir l'inconscient des créateurs. Cette visée est obscène. Ni Freud ni Lacan ne s'y sont livrés. À rebours, il s'agit de poser l'énigme du côté de la psychanalyse et de consentir à se laisser enseigner par l'artiste. Une phrase de Lacan nous sert de boussole : « Interpréter l'art, c'est ce que Freud a toujours écarté,

épinglé sous des syntagmes étonnants : obsession dépressive, hystérie mélancoliforme, cas limites, etc. Quelle clinique pour ces sujets? Quelle place pour le psychanalyste?

1. Lacan, Jacques, « L'étourdit » (1972), *Autres écrits*, Seuil, Paris, 2001, p. 476.
2. Miller, Jacques-Alain, « Clinique ironique », *La Cause freudienne*, n° 23, *L'énigme et la psychose*, Navarin-Seuil, Paris, 1993, p. 8.
3. *Ibid.*, p. 7.
4. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le sinthome*, Seuil, Paris, 2005, p. 87.
5. Miller, Jacques-Alain (dir.), *La Convention d'Antibes – La psychose ordinaire*, Agalma-Navarin, Le Paon, Paris, 1999, p. 231.
6. Titre de la Convention d'Antibes tenue à Cannes en septembre 1998.

La psychanalyse démontre que chaque concept a ses conséquences cliniques et que chaque action, voire acte, clinique fait référence à un concept, même si le clinicien l'ignore. Ne pas déplier son orientation, refuser de construire le cas, c'est faire de la somme de ses propres préjugés, soit de sa *connerie privée* (sic), la boussole clinique! Construire le cas n'est pas le réduire à une illustration d'une clinique universelle. C'est repérer, au contraire, comment chacun se débrouille avec le réel de la jouissance qu'il rencontre lorsque, dans la psychose, le *Nom-du-Père* fait défaut et lorsque la signification *phallique* — s'avère inopérante. La construction du cas s'oppose à l'**errance clinique**. Seule cette orientation assure une prise en charge digne de ce nom.

Tel est l'enjeu de ce module. La construction du cas ne s'apprend pas comme une règle à réciter, d'où la nécessité d'y travailler en s'adressant à des cliniciens plus aguerris. Chaque cas présenté fera l'objet d'un travail suivi avec les enseignants. Il sera ensuite exposé devant le groupe des participants et discuté pendant l'atelier. Cette présentation se faisant à partir du volontariat des participants.

toujours répudié ; ce qu'on appelle psychanalyse de l'art enfin, c'est encore plus à écarter que la fameuse psychologie de l'art qui est une notion délirante. De l'art, nous avons à prendre de la graine¹. » En quoi l'artiste, dans son traitement des bouts de réel qu'il rencontre, nous enseigne-t-il sur les psychoses?

1. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XXI, « Les non-dupes errent », séance du 9 avril 1974 (inédit).