

Roland Chemama

La clinique individuelle répond-elle à la clinique sociale ?

Je vais partir, si vous le voulez bien, de ce que les psychanalystes appellent une vignette clinique, c'est-à-dire de la présentation d'un fragment de cas. Vous savez sans doute que lorsque nous procédons ainsi, nous modifions certains aspects biographiques - pour des raisons de discrétion - et souvent aussi, pour ces mêmes raisons, nous donnons peu de détails. C'est effectivement comme ça que je ferai. Je vous dirai très peu de choses du cas proprement dit. Peut-être ai-je eu seulement besoin de conserver à l'esprit un cas singulier alors que je m'apprête à vous parler d'une question bien générale. Peut-être était-ce aussi, vous le verrez, une façon d'anticiper la réponse que je vais tenter de donner à cette question : La clinique individuelle répond-elle à la clinique sociale ?

Il s'agit d'une jeune femme qui était venue me trouver dans un état d'assez grande confusion. Durant les premiers entretiens en face à face je n'arrivai pas à bien préciser ce qui la faisait venir. Elle faisait surtout état d'une certaine façon de s'absenter. Il lui arrivait de partir brusquement alors qu'elle se trouvait avec quelques amis, d'aller errer dans des lieux où elle n'avait rien à faire. Mais même lorsqu'elle restait avec ses amis, elle s'en sentait étrangement lointaine. Étaient-ce même des amis ? Elle n'arrivait pas à préciser ce qui manquait à la relation, mais elle parlait d'une certaine froideur, d'une indifférence. Parmi ces amis un homme avait semblé, durant plusieurs années, vouloir engager avec elle une relation plus intime. Mais une relation curieuse s'était instaurée entre eux. Tout ce dont il pouvait témoigner en matière d'affection ou de désir, elle faisait en sorte que ce soit immédiatement privé de signification. Je dois dire d'ailleurs que la façon dont tout cela se passait concrètement n'apparaissait pas clairement dans les premiers entretiens. En tout état de cause, c'est assez tard qu'elle avait

eu une relation sexuelle, très désinvestie, avec un autre homme, et cette relation n'avait pas duré. En somme ce qui pouvait le plus étonner c'est que cette jeune femme - je l'appellerai Denise - le plus étonnant c'est qu'elle ait fini par venir consulter. Généralement quand on s'adresse à un analyste on peut plus ou moins rapidement préciser ce qui pousse à entreprendre un travail, on peut au moins formuler une plainte, faire état d'un symptôme. Mais que se passe-t-il lorsque le sujet semble tout désinvestir ? Peut-il alors investir une demande ? Peut-il être présent à son analyse à défaut d'être présent à son entourage ?

Il arrive bien souvent, devant telle ou telle difficulté de notre pratique, il arrive que nous adoptions telle ou telle position sans l'avoir explicitement décidé. Rétroactivement, lorsque je repense à ces premiers entretiens, je me souviens d'avoir ramené sans cesse des questions triviales, mais qui avaient comme particularité de porter sur la situation sociale qui était à l'époque celle de Denise. Comment vivait-elle ? Dans quelles conditions avait-elle été conduite à interrompre ses études ? Elle vivait d'expédients, certes, mais lesquels ? Elle était aidée par ses parents - soit - mais de quelle façon ? En somme alors qu'elle s'attendait apparemment à pouvoir parler au fil de ce qui lui venait, j'étais au contraire assez directif. Si je ne l'avais pas été, sans doute se serait-il passé ce qui se passe parfois. Cette parole désinvestie se serait épuisée avant même qu'un travail réel ait pu s'engager.

Nous en étions donc là. Moi, je faisais état de mon incompréhension, et elle, visiblement, ça commençait à la déranger. Je crois que c'est dans cette perspective qu'il faut situer un petit incident qui sur le moment même a pu passer inaperçu. Elle se décrivait dans son enfance, toujours solitaire, inactive, et elle en vient à dire qu'elle passait son temps à se balancer. Là aussi je l'interroge. Ai-je été particulièrement insistant ? En tout cas elle décrit la position dans laquelle avait lieu ce balancement - assise, précise-t-elle, pas debout - elle paraît assez choquée, mais elle n'en dit rien.

Dans les semaines qui suivent, cependant, son discours s'infléchit légèrement. Elle en vient à être un peu plus précise sur divers points, sur sa famille, sur ses frères et sœurs, mais je vous ai annoncé que je ne vous dirai presque rien du cas. En tout cas une cure s'amorce, qui comme on pouvait s'y attendre se révèle difficile. Denise a beaucoup de mal à parler, elle le fait le plus souvent à partir de récits de rêves, elle fournit des associations, mais là aussi elle s'implique assez peu dans ce qu'elle peut dire. Quelque chose néanmoins insiste dans le transfert, une sorte de demande semble se maintenir, une demande qui n'est d'ailleurs ni très spécifiée ni bien sûr virulente. Je dirai que Denise exprime en quelque sorte une plainte relative à un abandon, et cette demande, quoique presque silencieuse, est sans fond. Il est clair qu'aucune réponse de l'analyste ne pourrait la combler.

Du temps passe, l'analyse ne progresse pas beaucoup, au sens où la position subjective de Denise semble peu susceptible de bouger. Pourtant des circonstances dont je ne parlerai pas vont faire qu'elle va s'occuper d'un jeune garçon qui lui est apparenté. Or ce garçon semble lui-même taciturne, inhibé, replié sur lui-même. Denise apparemment s'en soucie. Il reste souvent, dit-elle un jour, à se balancer sur sa chaise. Apparemment elle voudrait le tirer de cet état. Mais le jour où elle en parle vraiment ce n'est sans doute pas ça qui me frappe. En fait elle y est arrivé à travers des associations d'un rêve qui concerne aussi son analyste, et ce qu'elle dit de cet enfant semble à un moment donné extrêmement proche de ce qu'elle dit d'elle-même. Je suis alors surpris par une interprétation qui me vient, une phrase que je lui dis alors qu'elle en est donc venue à parler de sa propre parole dans la cure. « Est-ce que je m'en balance ? » Voilà donc ce que je lui dis ce jour là, et le premier signe qui indique que ce n'est pas tout à fait à côté de la plaque, c'est qu'elle se met à rire.

À partir de ce moment là la cure s'accélère. Des souvenirs resurgissent avec un poids, une force plus grande. La première chose cependant, c'est que quelques jours après cette séance, elle va revenir d'elle-même sur ce moment, tout à fait au début, où elle s'est sentie particulièrement interrogée sur son propre balancement. Ce jour là, dit-elle, je me suis demandée si vous pensiez que j'étais autiste. Apparemment, sans qu'elle en dise rien, cette question est restée en elle. Mais à quel titre ?

Eh bien il me semble que ce qui se passe dans le premier temps ne peut s'éclairer que du temps suivant. Bien sûr, je pouvais me poser d'emblée des questions par rapport à ce que nous appelons la structure. Denise n'était évidemment pas autiste, mais il est vrai que quelque chose dans sa relation à l'autre semblait très précaire. Est-ce que l'analyste cependant entend alors ce qui est dit comme expression d'une pathologie, d'une structure, d'un état qu'il pourrait qualifier de l'extérieur, qu'il pourrait objectiver ? En fait, dès lors qu'un travail analytique était en train de se mettre en place - et même si dans un premier temps ce travail lui-même était précaire - eh bien tout ce qui pouvait se dire était pris dans cette relation transférentielle qui commençait. En somme ce qu'on peut saisir rétroactivement c'est que Denise, en parlant d'un comportement qui peut évoquer des difficultés graves de communication ne parlait pas seulement de ce qu'elle percevait de sa pathologie. On peut supposer qu'elle interrogeait à l'avance ce qui pourrait se passer dans la cure. Pourrait-elle parler ? Serait-elle entendue ?

Il est vrai que dans ce cas la relation transférentielle elle-même semble être affectée. Le sujet semble y être peu présent, réduit à la répétition d'une plainte plus ou moins muette. Mais peut-être justement peut-on mieux voir, dans ces conditions un peu particulières, le fil de ce que le travail analytique suppose.

* *
 *

Comment entendre, en effet, ce fragment que je vous ai présenté ? Même si cela paraît d'abord bien éloigné, je vais me référer à l'introduction du texte dont vous partez cette année, *Psychologie collective et analyse du moi*.

Freud, vous vous en souvenez, commence en disant que l'opposition entre psychologie individuelle et psychologie sociale perd beaucoup de son acuité si on l'examine à fond. Et il ajoute que dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'Autre intervient très régulièrement en tant que modèle, soutien et adversaire. De ce fait la psychologie individuelle est aussi, d'emblée et simultanément, une psychologie sociale. Eh bien cela, il me semble que c'est quelque chose qui doit se percevoir dans la façon dont nous conduisons le dialogue analytique. Lorsque dans les entretiens dits préliminaires nous interrogeons le sujet sur différentes

dimensions de sa vie sociale ce n'est pas une simple façon de faire connaissance avant d'en arriver à l'essentiel. Nous présupposons que la façon dont il a mis en place son activité professionnelle ou ses relations - et pas seulement ses attachements passionnels - nous supposons donc que le style de son existence sociale est l'expression de sa structure, ou mieux de son fantasme fondamental. Et d'une certaine façon nos questions le conduisent à commencer à y entendre quelque chose.

Il est certain que dans le paragraphe qui suit immédiatement Freud parle plus spécifiquement des relations de l'individu à ses parents et à ses frères et sœurs, à son objet d'amour, à son professeur et à son médecin, et il présente ces relations comme celles qui ont jusqu'à présent fait l'objet privilégié de l'investigation psychanalytique. Mais ces relations elles-mêmes il les considère alors comme des phénomènes sociaux, et il les oppose à certains autres processus que nous nommons narcissiques, dans lesquels la satisfaction pulsionnelle se soustrait à l'influence d'autres personnes ou y renonce. Sans doute faut-il d'ailleurs concevoir ce détachement de manière relative. Même chez des sujets qui ne sont pas autistes, ni psychotiques, même chez des sujets qui ne relèvent pas de ce que Freud a appelé « névrose narcissique », il peut y avoir une tendance plus ou moins accentuée à ce repli pulsionnel. C'était sans doute le cas en ce qui concernait Denise. Certes le fait de s'adresser à l'analyste indique déjà que quelque chose du désir peut-être réinvesti dans le rapport à l'Autre. Mais on conçoit que dans des cas de ce genre une attention très précise aux formes effectives de l'existence sociale prenne une valeur particulière. Il faut d'ailleurs dire que la suite de l'analyse c'est souvent à partir des difficultés éprouvées dans le social que des questions concernant par exemple le conflit œdipien ont pu être abordées.

On peut d'ailleurs ajouter autre chose, même si Freud ne l'expose pas explicitement à ce moment là. Qu'y a-t-il de commun entre d'un côté, les relations sociales conçues dans le sens traditionnel, disons la place du sujet dans la sphère économique et sociale, et de l'autre côté les relations du sujet à ceux qui ont pour lui une place privilégiée ? Eh bien c'est tout d'abord ce simple fait que les unes comme les autres sont avant tout des relations de discours, des relations structurées par le langage lui-même. C'est sans doute ce que vient rappeler l'interprétation. *est-ce que je m'en balance ?* Ce qu'elle dit, de

façon implicite, c'est que le balancement n'est pas un signe, signe qui serait celui de l'autisme, mais qu'il est d'emblée pris dans un discours. Et celui-ci est double. Bien sûr il se présente d'abord comme la description d'une activité solitaire, répétée de façon automatique. Mais repris dans un certain contexte il peut aussi s'entendre autrement. Il peut être pris comme une interrogation sur l'Autre, un autre qui pourrait donner le coup de pouce pour sortir d'un état de repli. Et je ne commenterai pas davantage, parce que ce n'est quand même pas notre sujet d'aujourd'hui, la façon dont tout cela s'articule dans la polysémie du langage, dans cette équivoque du signifiant sur laquelle nous jouons dans notre pratique.

* *
 *

Vous voyez que ce petit fragment clinique m'a surtout servi à introduire aux questions des rapports entre la sphère dite « privée », celle dont la psychanalyse s'est d'abord occupée, celle de l'Œdipe, et d'autre part la scène sociale. Je vais maintenant tenter d'aller un peu plus vite pour en venir à ce qui va nous occuper plus précisément.

Depuis un certain temps de nombreux analystes, dans divers groupes, et notamment dans celui auquel je participe, parlent beaucoup, parallèlement à la clinique individuelle dont ils s'occupent, d'une clinique sociale. Par exemple nous savons à peu près ce qu'est la perversion chez un sujet individuel. Nous savons que le pervers positive l'objet de jouissance, qu'il le matérialise pour pouvoir le manipuler. Eh bien pouvons-nous à partir de là interroger ce qui serait une perversion sociale, une organisation perverse du pouvoir ? Sans doute puisque effectivement nous voyons partout se mettre en place à grande échelle, des relations de ce type, et je pense en particulier aux relations dans l'entreprise. Ou encore, nous avons une connaissance de ce qu'est la paranoïa chez un sujet. Nous savons comment l'autre apparaît pour le paranoïaque comme un persécuteur, et nous savons aussi comment le sujet paranoïaque se trouve dans une relation au langage qui tend à supprimer toute possibilité de métaphorisation. Est-ce que nous ne pouvons pas, est-ce que nous ne devons pas, à partir de là, souligner que les formes de notre existence sociale sont en tant que telles paranoïaques ? Nous savons que le

sujet moderne est le plus souvent par principe dans une position de méfiance par rapport aux desseins de l'autre ; nous savons aussi que peut-être du fait de la diffusion de la science, c'est au niveau social que l'on tente d'exclure tout jeu du signifiant. L'idéal de notre époque vous le savez, c'est qu'on puisse donner une réponse et une seule à chaque question. C'est à ce prix qu'on paie ce que l'on conçoit comme une rationalisation. Pour prendre un seul exemple, qui nous touche de près, toutes les politiques actuelles de la santé tendent à définir des formes standardisées de la réponse médicale à des situations données, et il va devenir de moins en moins rare qu'on pourchasse celui qui s'y déroberait au nom d'un jugement propre qui peut être moins univoque. Vous le voyez, si nous essayons de concevoir une clinique qui soit à la fois individuelle et collective, un vaste champ peut s'offrir à nous. Mais nous ne pouvons dès lors éviter une question plus précise. Comment concevoir les rapports de la clinique sociale et de la clinique individuelle ?

C'est sur ce point bien sûr qu'on peut revenir à l'ouvrage de Freud et à la méthode qu'il met en œuvre.

Prenons par exemple les premiers chapitres. Freud y avance un certain nombre de thèses à partir de différents ouvrages, en particulier la *Psychologie des foules*, de Le Bon. Il en vient à dire, dans le chapitre 4, qu'un individu subit, au sein d'une foule, une modification de son activité psychique, à un niveau souvent profond. L'affectivité de l'individu est exaltée, son rendement intellectuel est notoirement limité, etc. On pourrait ainsi penser que c'est l'organisation sociale - ici l'organisation en foule - qui est déterminante, et que le psychisme de chaque individu particulier subit simplement les effets de ce qui se passe au niveau collectif. Mais si on est un tant soit peu attentif on s'aperçoit qu'à aucun moment Freud ne s'en tient à ce schéma explicatif. Dans le temps même où il souligne la façon dont le collectif agit sur l'individuel, il montre comment ce qui apparaît au niveau du collectif ne fait peut-être qu'amplifier ce que la psychanalyse perçoit au niveau individuel. Par exemple « chez les foules, les idées les plus opposées peuvent coexister et s'accorder entre elles sans que l'une d'elle perturbe l'autre dans son expression ». Mais on sait, et Freud le souligne, que la psychanalyse établit qu'il en est de même chez l'enfant, chez le névrosé, et même dans l'inconscient de chacun. La notion d'une ambivalence affective inconsciente est passée

dans le domaine public ; mais il faut surtout rappeler que là où quelque chose de l'inconscient affleure, comme dans le rêve par exemple, deux idées apparemment contradictoires peuvent tout à fait coexister, représentées assez souvent par un seul et même élément, un seul et même signifiant. Ici donc le fonctionnement de la foule ne fait que reproduire à une grande échelle ce que la cure individuelle fait ressortir dans le psychisme individuel.

Alors je dirai qu'il y a une sorte de balancement du texte freudien. Sans cesse, dans la suite du livre, l'effet du collectif sur le sujet individuel va être souligné. Mais sans cesse aussi Freud nous montrera que ce qui se passe au niveau du groupe, au niveau du rassemblement des individus, au niveau du nombre est identique à ce qui se passe à un niveau plus individuel. Il y a par exemple identité entre la formation en foule et l'hypnose. Celle-ci peut d'ailleurs être définie comme une formation collective à deux. Nous dirons qu'à chaque fois le collectif et l'individuel s'éclairent réciproquement.

Essayons d'ailleurs d'être plus précis. Nous disons donc que la psychanalyse n'a pas à se transformer en psychologie sociale, c'est à dire à expliquer l'individuel comme s'il était une conséquence du collectif. Au niveau collectif comme au niveau individuel fonctionnent les mêmes mécanismes, notamment les mêmes mécanismes d'assujettissement. Mais si nous pouvons affirmer cela, c'est que l'individu lui-même, dans sa constitution, inclut l'Autre. Le sujet a d'emblée rapport à l'autre, l'autre qui est objet de désir ou d'identification, mais surtout l'autre qui pourrait l'entendre, l'Autre auquel on s'adresse dès lors qu'on parle. C'est en ce sens que la formule fameuse de Lacan, « L'inconscient, c'est le social » doit s'entendre sur le fond d'une autre formule, de Lacan également « L'inconscient est cette partie du discours transindividuel qui fait défaut à la disposition du sujet pour rétablir la continuité de son discours conscient ».

Pourquoi est-ce que je vous rappelle tout cela ? Ce n'est pas seulement dans le but de dire quelque chose d'un texte que vous connaissez très bien. C'est que ces questions sont bien sûr tout à fait importantes dans ce que nous tentons d'élaborer.

Je vous ai rappelé il y a un instant que nous sommes assez nombreux, à présent à insister sur l'idée d'une clinique sociale, assez nombreux à faire un lien entre clinique individuelle et clini-

que sociale. Mais de quelle façon le faisons-nous ?

Eh bien il me semble que nous n'échappons pas toujours à un risque, celui de considérer qu'ici l'individuel est l'effet du social. Peut-être s'agit-il là d'un retour de balancier. Peut-être les psychanalystes se sont-ils détournés du social, durant un temps, et à présent, quand ils y reviennent cela les conduit peut-être à prendre les choses d'une façon un peu schématique. En tout cas il me semble que nous devrions faire un peu plus attention lorsque nous parlons de tout ça.

Ce risque dont je parle, il est clair qu'il est inégal selon les types de questions que nous abordons. Prenons par exemple les questions relatives à l'oralité. Aucun analyste, je pense, n'accepterait d'expliquer l'anorexie à partir des idéaux de notre époque, à partir de l'idéal de minceur que certaines jeunes filles pousseraient à un point extrême. De telles représentations peuvent jouer au niveau du déclenchement d'un épisode pathologique. Ils n'en constituent jamais la véritable cause. En revanche nous sommes sans doute moins attentifs lorsque nous sommes confrontés à d'autres phénomènes pour lesquels l'individuel semble plus difficile à distinguer du collectif. Il en est ainsi par exemple de la délinquance, ou plus simplement de diverses difficultés de l'adolescent. Là nous invoquons assez facilement la dégradation des formes sociales de l'autorité. Mais attention. Même si nous parlons de déclin des Noms-du-Père, même si nous utilisons un langage psychanalytique, certaines de nos explications peuvent paraître réductrices et sociologisantes. Tout se passe alors comme si l'égaré du sujet moderne était un simple reflet de la désagrégation sociale.

Comment faire alors pour éviter ce type de simplification ? Je prends un autre exemple. Il s'agit de la façon dont nous parlons de la toxicomanie. Il est hors de doute qu'elle n'a pas attendu le vingtième siècle pour exister, mais son développement et les formes qu'elle prend ne nous paraissent pas sans rapport avec ce qui se passe aujourd'hui. On a pu dire en ce sens qu'elle constitue, par rapport à notre monde moderne, une réponse du berger à la bergère. - C'est une expression qu'emploie entre autre Jean-Pierre Lebrun, mais d'autres également. Eh bien c'est une expression qui me paraît très heureuse, elle produit de réels effets de sens. Que disons-nous en effet lorsque nous disons que la toxicomanie est la réponse du berger à la bergère ? Eh bien nous disons que la toxicomanie

ne se développe pas par hasard, qu'elle constitue une réponse effectivement, une réponse qui est appropriée à sa façon, même si elle peut paraître paradoxale, sans doute empreinte d'ironie. Au fond ce que dirait le toxicomane au monde qui l'entoure c'est ceci : tout le discours contemporain est fait pour laisser penser que notre bonheur dépend de notre possibilité de consommer, d'accumuler les biens matériels même si cela entraîne aussi le développement, ailleurs de couches exclues. Eh bien je vais vous montrer ce que c'est que de pousser jusqu'au bout ces idéaux. Ce que je vais démontrer c'est que la jouissance la plus grande ne dépend pas d'autre chose que de la possibilité de consommer certaines substances, des substances qui sont chimiquement bien définies et qui ont une place non négligeable dans les échanges marchands. Au fond je vais vous montrer à quoi conduisent vos idéaux consuméristes.

Peut-être jugerez vous que cette interprétation est à la fois trop générale et trop forcée, que je tente de donner trop de sens à ce phénomène de la toxicomanie. Cela va me conduire à préciser ce que nous pouvons entendre par les termes de clinique sociale et de clinique individuelle.

Charles Melman a pu dire, à diverses reprises qu'on pouvait parler de symptômes sociaux dès lors que ces symptômes s'inscrivaient dans le discours dominant d'une société à un moment donné. Mais il faut sûrement préciser la façon dont ils s'y inscrivent. Les symptômes sociaux ne reflètent sans doute pas la société de façon analogique. Ils accentuent certains traits, ils produisent certains décalages, ils en dissimulent quelques autres. C'est de toutes façons le propre d'un discours. Pour qu'on puisse parler de discours il faut qu'il y ait une certaine surdétermination, il faut qu'il y ait certaines contradictions internes. Pour ne pas rester trop abstrait je dirai que la toxicomanie d'une part pousse jusqu'au bout l'idéal consumériste de notre civilisation. Mais que d'autre part elle s'appuie sur une dénonciation de la normalité actuelle. Notre civilisation est en effet aussi celle qui tend à réduire les risques, à toujours prévoir l'assistance qui permettra au sujet de ne rien perdre. Eh bien le toxicomane dénonce cette civilisation. Il dénonce ce qu'un de mes analysants appelait un jour « la normalopathie du monde moderne ».

Vous remarquerez cependant que je suis passé de la toxicomanie aux toxicomanes. Au niveau de la clinique individuelle il faut accentuer ce que je dis au niveau de la clinique so-

ciale. De même que le symptôme social ne fait pas que refléter l'état de la société, de même le symptôme, pris au niveau individuel, est loin d'être un simple effet du symptôme social. Plutôt que de dire qu'il correspond au social on dira alors qu'il lui répond. Le symptôme s'inscrit dans un ordre de discours, mais cela veut dire que le sujet y fait entendre sa voix, même là où il semble réduit au silence. On a beaucoup dit que dans la toxicomanie par exemple le sujet renonce à toute la dimension métaphorique du désir que sa jouissance fonctionne selon le mode binaire que nous connaissons bien : soit il y a le produit, soit il n'y a pas. Mais on sait qu'il y a des signifiants de la toxicomanie, qui disent par exemple sous différentes formes la jouissance du corps (se défoncer, etc.). Eh bien dans ce discours chacun des sujets trouve une place relativement spécifiée.

* *
 *

J'ai sans doute déjà été un peu long, et pourtant il me semble que je n'ai fait qu'approcher de ce que je voulais dire. Je voudrais alors ajouter quelques remarques.

Si la clinique individuelle se définit comme répondant à la clinique sociale cette thèse engage sans doute une précision sur la façon dont nous concevons le refoulement. Nous devons sans doute en venir à dire que ce qui fait refoulement, à un moment donné, c'est ce qui est inaudible par rapport à une organisation déterminée du discours social. Prenons pour acquis que l'hystérie constitue une façon de poser la question de ce que c'est que d'être une femme. Il est vraisemblable qu'elle prendra des formes différentes selon le discours social. On sait en effet que celui-ci peut prohiber toute manifestation de masculinité, mais peut aussi, à d'autres moments, prescrire à une femme de ne pas être différente d'un homme. Il est clair que la réponse - le symptôme - va alors être différente. Un autre exemple intéressant peut-être cherché dans la clinique de l'homosexualité. Le sujet homosexuel organise son discours très différemment selon le discours social dominant. Celui-ci peut, on le sait, proscrire toute manifestation de l'homophilie. Mais il peut aussi, à certaines époques et dans certains milieux, prescrire au sujet homosexuel de s'identifier à son choix d'objet, et de ne montrer aucun conflit interne quant à ce choix. Il est clair que les effets de ces deux types de

fets de ces deux types de discours seront différents.

La seconde remarque me permettra de commencer à m'acheminer vers ma conclusion. Vous avez vu que j'ai tenté de préciser le rapport entre l'individuel et le collectif, entre la clinique individuelle et la clinique sociale. J'ai souligné en particulier que si le sujet individuel s'inscrit dans un discours, cette notion de discours implique une dimension de surdétermination et d'équivoque, ainsi d'ailleurs qu'une dimension subjective. Pourtant je vous proposerai une autre formulation qui amènera à déplacer un peu la question.

Devons nous dire en effet que la clinique individuelle répond à la clinique sociale ? Ou ne serait-il pas plus juste de dire qu'elle y fait objection ? On entendra dans cette nouvelle formule le déplacement que le sujet opère par rapport au social, sa protestation ou son ironie. Mais vous entendrez aussi sans doute la dimension de l'objet. Se présenter comme affecté d'un symptôme, en effet, c'est faire objection au discours dominant, affirmer que tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes. Mais pour faire cela il faut transformer sa pensée ou son corps en un objet encombrant, dérangeant, pas prévu par le système. Je pense ici bien sûr au symptôme obsessionnel et au symptôme hystérique, parce que ce sont les grandes références de notre clinique. L'hystérique mais aussi l'obsessionnel font objection.

On pourrait d'ailleurs sans doute aller un peu plus loin dans cette dernière perspective. Je me demande pour ma part si les symptômes qui viennent aujourd'hui sur le devant de la scène n'accentuent pas cette dimension d'objection. L'univers contemporain est censé être celui de la communication, organisée au niveau mondial et avec tous les moyens techniques que vous voudrez. Il n'est pas difficile pourtant de s'apercevoir que cette inflation de la communication, d'une communication où l'on ne peut plus s'entendre laisse le sujet en plan. On peut à cet égard opposer à des pathologies comme l'hystérie, où le sujet vient dire sa question dans son symptôme, des conduites comme la boulimie. Je pense en particulier à des jeunes femmes boulimiques qui s'enferment dans la répétition de vomissements qui viennent clore leur question sur la dimension d'un corps vécu comme un objet de dégoût. Et je pense que ce n'est pas un hasard si ces jeunes femmes tiennent à dissimuler totalement leur conduite, le secret étant ici à la fois ce qui répète notre absence actuelle de parole et d'écoute, et ce qui

de parole et d'écoute, et ce qui dénonce cette absence (mutilation). La parole, elles ne peuvent pas y croire, et elles sont de plus en plus réduites à faire objection au discours social.

Eh bien c'est sans doute aussi en fonction de cela que je suis parti du cas de Denise. Qu'en est-il de notre clinique sociale actuelle ? On peut sans doute dire que c'est avant tout une clinique qui défait les anciens rapports d'interdépendance et de solidarité, c'est une clinique qui isole le sujet, qui défait le rapport à l'Autre. Pour paraphraser Freud la question il s'agirait moins chez le sujet moderne de la perte de la réalité, que de la perte de l'adresse à l'Autre. Comment faut-il lire, cependant, la façon dont le sujet se situe par rapport à cette perte. On pourrait penser, bien sûr que Denise ne fait que la reproduire. Mais ce serait très réducteur. À cette perte du rapport à l'Autre Denise fait objection. Elle décrit un fonctionnement machinal du corps, un corps qui aurait fonctionné presque comme un objet. Mais parce qu'elle le décrit dans le dialogue analytique son énonciation elle-même fait objection au contenu de son énoncé. Elle fait objection - pour ainsi dire - à l'objectalité. Ainsi elle-même, dans le temps précisément où elle paraît le nier, eh bien elle témoigne du fait que notre clinique est une clinique de l'Autre, une clinique du social, et que nous ne devons jamais l'oublier. Voilà ce que je voulais vous dire aujourd'hui.