

*Sidi Askofaré*

## **Clinique borroméenne<sup>1</sup> ?**

Le truc analytique ne sera pas mathématique. C'est bien pour ça que le discours de l'analyse se distingue du discours scientifique<sup>2</sup>.

Ce qui me tracasse dans le nœud borroméen, c'est une question mathématique et c'est mathématiquement que j'entends la traiter<sup>3</sup>.

Quand je me suis mis à coucher sur le papier les quelques mots que j'allais vous dire cet après-midi, je dois dire que j'ai ressenti une immense gratitude pour les organisateurs de cette journée d'étude. Gratitude bien sûr pour l'honneur qu'ils me font de m'inviter et gratitude pour la distinction et la promotion du beau travail de ma collègue de l'EPFCL<sup>4</sup>, Graciela Prieto, mais aussi et surtout gratitude pour le titre sous le chef duquel ils ont décidé de rassembler les différentes contributions à cette journée : « Quelques questions sur une possible clinique borroméenne. »

C'est en effet un sacré soulagement qu'un tel intitulé ! Pourquoi ? Simplement parce que sur cette question, ô combien délicate et difficile, je n'ai pas l'once d'une doctrine, nulle théorie. À son propos, comme on dit trivialement : je ne me suis pas encore fait une religion !

En revanche, des questions, ça oui, j'en ai à revendre...

Je dirais, pour commencer, qu'un des nombreux mérites de la thèse, et maintenant de l'ouvrage de Graciela Prieto, est d'avoir démontré en acte quel bon usage un analyste peut faire, dans un travail de recherche, de la topologie borroméenne de Lacan. Mais au-delà de ce que Graciela Prieto nous enseigne par sa mise en œuvre personnelle et inventive des ressources de cette topologie, je dirais que son travail nous conduit et nous

---

<sup>1</sup> Intervention à la journée de travail organisée le 14 avril 2013 à Paris par la collection Scripta, sur le thème « Quelques questions sur une possible clinique borroméenne ». NDLR.

<sup>2</sup> J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XX, Encore*, Paris, Seuil, 1975, p. 105.

<sup>3</sup> J. Lacan, *La topologie et le temps*, séance du 20 février 1979, séminaire inédit.

<sup>4</sup> École de Psychanalyse des Forum du Champ Lacanien.

aide à formuler, ou à reformuler, les questions que ne manque jamais de susciter toute réflexion sur le statut de la topologie, notamment borroméenne, dans l'enseignement de Lacan.

Une chose est certaine : là où a pu prévaloir un certain doute voire une certaine méfiance ou défiance à l'endroit de la topologie, domine aujourd'hui — et ce, dans la quasi-totalité des associations ou groupes issus de la dissolution de l'AFP — domine aujourd'hui, disais-je, un intérêt et parfois une passion pour la topologie de Lacan. On peut conjecturer plusieurs raisons à ce succès tardif. À mon sens, la plus déterminante de ces raisons réside dans la fécondité prodigieuse de cette approche dans les séminaires *R.S.I.* et *Le sinthome*, donc les frayages et les remaniements doctrinaux importants que l'usage de la topologie borroméenne a rendus possibles. Inutile d'en dresser ici une liste : c'est la nourriture quotidienne de nos journées, séminaires, rencontres et congrès.

Ce que le travail de Graciela Prieto apporte de nouveau, selon moi, c'est justement l'interrogation portant sur une possible « clinique borroméenne », telle que la présente la quatrième de couverture de son ouvrage : Graciela Prieto « saisit les conditions de possibilité et d'impossibilité de la construction d'un Sinthome dans la psychose (Van Gogh), les particularités d'une telle construction (Schwitters) et la question de la mise au travail du Nom-du-Père, en tant que Sinthome, dans la névrose (Wolman). Ce livre contribue ainsi à l'élaboration d'une clinique borroméenne, tout en présentant une lecture singulière des apports de Lacan, et du rôle de l'œuvre dans la vie de chacun des trois artistes. »

C'est juste ce syntagme, « une clinique borroméenne », que je souhaite interroger.

Nous sommes conduits, on le voit d'emblée, à interroger rien de moins que les termes de clinique et de topologie borroméenne comme tels et dans leurs rapports. Commençons par la clinique.

Je n'ai pas fait de recherche systématique, je dois l'avouer, mais je crois me souvenir qu'on trouve chez Lacan, et à peu près à la même période, la borroméenne, justement — en 1973 et en 1977 — deux *conceptions* ou *définitions* de la clinique qui sont comme en tension.

La première est étendue, et ne se réduit pas à la clinique analytique. Il s'agit de ce que Lacan avançait dans son « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* » :

Car la question commence à partir de ceci qu'il y a des types de symptôme, qu'il y a une clinique. Seulement voilà : elle est d'avant le

discours analytique, et si celui-ci y apporte une lumière, c'est sûr mais pas certain. Or nous avons besoin de la certitude parce qu'elle seule peut se transmettre de se démontrer<sup>5</sup>.

Il n'est pas exagéré de dire qu'ici Lacan identifie la clinique à la clinique psychiatrique voire à la clinique médicale comme telle, alors même qu'il lie le principe de cette clinique aux types de symptôme, symptôme dont il n'arrêtait pas de dire à ce moment-là qu'il s'agit d'une invention de Marx.

En 1977, dans son « Ouverture de la Section clinique », nous avons en réalité non pas une mais trois définitions ou tentatives de définir ce qu'est la clinique.

1. Il y a celle par laquelle il ouvre son exposé : « Qu'est-ce que la clinique psychanalytique ? Ce n'est pas compliqué. Elle a une base — C'est ce qu'on dit dans une psychanalyse<sup>6</sup>. »

2. Il y a celle qu'il propose à la fin de son intervention : « La clinique psychanalytique doit consister non seulement à interroger l'analyse, mais à interroger les analystes, afin qu'ils rendent compte de ce que leur pratique a de hasardeux, qui justifie Freud d'avoir existé<sup>7</sup>. »

3. Enfin, il y a surtout celle qu'il a avancée dans un « petit papier » destiné aux responsables de la Section clinique, et que lui rappelait Marcel Czermak : la clinique « est le réel en tant qu'il est l'impossible à supporter<sup>8</sup> ».

Doit-on et peut-on seulement choisir entre ces définitions de la clinique ? Si oui, sur la base de quel principe ou fondement ? Et si non, peut-on les additionner ou, au contraire, maintenir les écarts et tensions visibles entre elles ?

Mais on peut aussi prendre une option plus modeste, et peut-être, me semble-t-il, plus juste, en isolant par exemple ce que Lacan appelle expressément la « clinique psychanalytique », celle qui nous intéresse ici, mais dont on voit bien que Lacan se garde bien de faire le *tout* de la clinique.

---

<sup>5</sup> J. Lacan, « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », *Autres Écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 556-557.

<sup>6</sup> J. Lacan, « Ouverture de la Section Clinique », *Ornicar ?*, n° 9, 1977, p. 7, prononcé le 5 janvier 1977.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 14.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 11.

Est-ce cette clinique, l'analytique, celle qui a pour base « ce qui se dit dans une psychanalyse » — *i.e.* sous transfert — que nous devons concevoir comme et appeler « clinique borroméenne » ?

Ce n'est pas à une assemblée comme celle d'aujourd'hui que je rappellerai que si la topologie borroméenne, introduite tardivement — en 1973, si ma mémoire est bonne — a structuré et vectorisé le dernier enseignement de Lacan, elle fut précédée par une topologie des surfaces qui n'avait, elle, rien des propriétés borroméennes. Cette topologie des surfaces nous est pourtant bel et bien utile pour penser et élaborer des pans importants de notre expérience. Je crois qu'on peut en dire autant d'ailleurs de la logique du signifiant, de la logique du fantasme ou de la théorie des discours.

En effet, je n'ai pas le sentiment que l'écriture nodale ait rendu caducs et ait définitivement supplanté le schéma L et ses différentes transformations, le graphe du désir, les structures de discours ou les formules de la sexualité. Dit autrement, je ne pense pas que le borroméanisme soit un paradigme, au sens de Kuhn, dans lequel pourrait être repris et dépassé — à l'instar de ce que la théorie de la relativité fut pour la mécanique newtonienne — ce que Jean-Claude Milner avait proposé d'appeler les premier et second classicismes lacaniens.

Considérer les choses ainsi, ce n'est en rien sous-estimer ou dévaloriser le moment borroméen de l'enseignement de Lacan. Une telle perspective nous protège juste de la tentation de faire de la topologie borroméenne un métalangage, et surtout nous invite à la mettre à sa juste place, et à réfléchir aux conditions et, si j'ose dire, aux règles de son bon usage dans la clinique comme dans la théorisation.

À suivre ce que Lacan dit aussi bien de la clinique que de la topologie borroméenne, je suis à soutenir ou, en tout cas, à proposer deux *thèses* qui pourraient vous paraître contradictoires.

Ma première proposition serait que : ***il n'y a pas de clinique borroméenne.*** Sous-entendu : une clinique borroméenne distincte et opposable à une ou à des cliniques qui, elles, ne le seraient pas. Que l'on appelle ces dernières du nom de *clinique du signifiant*, de *clinique de l'objet* ou de *clinique du discours*, etc. Et cela, tout simplement parce que l'unité de la clinique psychanalytique, en tant que fondée sur le dispositif freudien de l'association libre et de l'interprétation sous transfert, y objecte. Donc, pas de « clinique borroméenne », mais une écriture et une lecture

borroméennes possibles de la clinique psychanalytique. D'ailleurs, on oublie souvent de mentionner que le summum de la clinique dite borroméenne, la lecture du cas Joyce par Lacan, ne relève pas de la clinique psychanalytique proprement dite en tant que clinique sous transfert.

Du coup, tombe aussi l'exigence exorbitante qui aurait été attendue de la « clinique borroméenne », si elle existait : une conception spécifique de la direction de la cure et de l'acte psychanalytique.

Ma seconde proposition serait qu'en vérité *toute clinique psychanalytique est borroméenne*. Pourquoi, me direz-vous ? Tout simplement parce que la clinique analytique est, dans son fond, une clinique du symptôme et une clinique du réel, c'est-à-dire tout à la fois une clinique de l'impossible (à supporter), et une clinique du lien, du nouage /dénouage, de la coupure, etc. Mais aussi et surtout parce que la clinique psychanalytique est — j'espère ne choquer personne — non pas une *clinique du sujet*, comme on s'est plu à le dire et à le répéter, mais fondamentalement une *clinique du parlêtre*.

Or, cette structure borroméenne du parlêtre est justement ce que la topologie borroméenne a permis à Lacan d'apercevoir, de mettre au jour et de théoriser au point d'envisager que le terme *parlêtre* se substitue à l'inconscient freudien<sup>9</sup>.

De sorte que le moment borroméen de Lacan, loin de fonder une nouvelle clinique, vient au contraire entériner ce dont nous avons l'intuition — et que les différentes avancées de Lacan à partir des cas freudiens eux-mêmes n'ont cessé d'illustrer — à savoir le retard quasi structurel de la théorie analytique sur la clinique dont elle se soutient.

En effet, la ternarité du Réel — établie dès Jakob Böhme — était là ; le nœud du signifiant, du signifié et du référent était dans la parole comme dans les complexes freudiens ou les schémas L, R et S de Lacan.

De sorte qu'avec la topologie borroméenne, Lacan ne nous livre pas une clinique nouvelle ou les fondements d'une nouvelle clinique ; ce dont il nous dote, c'est d'une nouvelle écriture, d'un moyen nouveau pour chiffrer notre expérience. À nous d'en faire un usage, non pas de métalangage ou d'hermétisme, mais d'*organon* pour élaborer et transmettre la psychanalyse.

---

<sup>9</sup> J. Lacan, « Joyce le Symptôme », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 565.