

Des psychanalystes qui travaillent en santé publique ¹

Marie Christine LAZNIK

(89)Aujourd'hui, je vais vous parler de santé publique. Je pense que la métapsychologie psychanalytique, lorsqu'elle découle d'un travail basé sur la clinique, soutenu par la clinique, peut avoir des conséquences en matière de santé publique.

Nous avons fondé, cette année, à Paris, avec un ensemble de collègues lacaniens membres de groupes divers, une association appelée Préaut (Prévention de l'autisme). Un de ses buts est de travailler dans le sens de la prévention du syndrome autistique chez des bébés de moins de quatre mois. Une des personnes les plus engagées dans ce projet est Charles Melman, et notre association siège dans le salon de sa maison. Car nous, analystes, nous pouvons nous retrousser les manches et travailler à des tâches qui ne soient pas circonscrites au cabinet de consultation et à la métapsychologie.

Ce travail est la conséquence de 25 ans de pratique dans la clinique de (90)l'autisme. A partir de cette clinique, un certain nombre d'hypothèses métapsychologiques ont peu à peu surgi, qui portaient sur les premières structurations de l'appareil psychique, sur la *naissance du sujet*. Mes professeurs furent les patients autistes.

Ces hypothèses me permettent de penser qu'il est possible de prévoir un danger d'évolution autistique, bien avant que ne surgissent les premiers symptômes du syndrome lui-même. Il y a des signes qui indiqueraient que les structurations nécessaires à la mise en route de l'appareil psychique – de façon à ce que le sujet émerge – ne sont pas en train de se faire. Ceci présente un

1 Conférence prononcée au Congrès sur la psychanalyse de l'enfant organisé par le Colégio freudiano de Rio, à Rio de Janeiro, en août 1998.

intérêt d'ordre métapsychologique, mais aussi pratique. Tous ceux qui travaillent sur l'autisme savent qu'il s'agit d'une course contre la montre : plus tôt on intervient, plus grande est la probabilité que la structuration de l'appareil psychique se produise, même si elle ne se faisait initialement pas.

Au cours de ces dernières années, j'ai développé, parallèlement à mon activité d'analyste d'adultes, qui représente l'essentiel de ma pratique, et à celle d'analyste d'enfants et d'adolescents, un travail de formation de médecins du service public².

Un projet de recherche

Nous avons élaboré un projet de recherche, indispensable pour être crédité auprès des organismes publics. Quelques collègues lacaniens se sont disposés à faire face à la partie d'épidémiologie, assez aride, et qui n'a évidemment pas grand rapport avec notre formation.

Notre projet est partie intégrante du réseau national de recherche sur l'autisme³. Il est composé de deux parties : la première se propose d'étudier le degré de prévisibilité de deux signes se rapportant au danger d'évolution autistique. Je forme les médecins du réseau public au dépistage de ces signes. Lorsque nous nous retrouvons pour ce travail, ces médecins sont déjà passés par deux journées préparatoires, conduites par des collègues lacaniens, qui(91) leur ont proposé une formation générale sur la question de la structuration de l'appareil psychique, sur la question de la naissance du sujet, etc. Je trouve donc un terrain déjà préparé. Ces médecins ont bien souvent vingt années de pratique et bien des cas cliniques en tête, qu'ils évoquent au fur et à mesure que je leur parle. Je dispose alors de huit heures pour traiter ces deux signes, et expliquer ce que nous attendons comme collaboration de travail de leur part.

Dans le milieu pédo-psychiatrique européen, il circule plusieurs listes de signes de dépistage précoce de l'autisme. Mais les deux signes que nous proposons ici ont l'avantage d'être simples à chercher au cours de consultations médicales types en centres de soins, telles qu'elles ont lieu en France. De plus, ils sont la partie émergée de « l'iceberg » de toutes nos hypothèses métapsychologiques concernant la constitution du sujet. Nous pouvons alors faire partager notre métapsychologie à nos collègues médecins. Il se joue là pour eux quelque chose qui les concerne réellement.

Si ce dialogue entre psychanalystes et médecins de la petite enfance me paraît incontournable, c'est parce que j'ai beaucoup vu – j'ai trop souvent vu – des enfants avec un début d'évolution autistique, signalés à l'âge de deux, trois ans et même jusqu'à quatre ans ou plus tard encore. Tout ce temps perdu a des conséquences bien souvent irréparables.

2 D'un point de vue pratique, il est plus facile d'entrer en contact avec des médecins de la fonction publique, par l'intermédiaire des institutions municipales et étatiques.

3 Réseau qui est présenté à l'Institut national de recherche médicale.

Ce travail conjoint est très bien accueilli par les médecins de la petite enfance. Ce qui va dans le sens de Winnicott lorsqu'il disait : « Le rôle essentiel du pédiatre est de prévenir les maladies mentales, si seulement il le savait. »

J'ai commencé ce travail avec les médecins du service public en leur présentant cette proposition de travail, à un de leurs congrès. L'un d'entre eux m'a dit : « C'est très nouveau ce que vous nous dites là. Il y a vingt ans, on nous a appris que l'autisme était purement psychogénétique et qu'il fallait en chercher les causes dans les désirs mortifères des parents. Or, nous connaissions beaucoup de ces parents, nous les avons vu fonctionner avec leurs enfants aînés de façon tout à fait adéquate. Nous ne pouvions pas les considérer comme coupables. Alors nous nous sommes tus. Dix ans après, on est venu nous enseigner que l'autisme était une maladie organique et qu'il n'y (92) avait rien à faire si ce n'était de rééduquer postérieurement ces enfants ⁴. Nous avons alors pensé que le mieux était de laisser encore un moment d'espoir aux parents et nous avons continué à nous taire. Vous nous dites qu'il existe une troisième voie possible, celle d'une dynamique de prévention, et cela nous intéresse. »

Psychogenèse versus organogenèse : un faux débat

Faire de la prévention, dans ce cas, ça veut dire intervenir dans la relation de l'Autre avec l'enfant. Je considère que le syndrome autistique classique est une conséquence du défaut d'établissement de cette relation, de ce lien sans lequel aucun sujet ne peut advenir. Et je n'ai pas besoin, pour dire cela, de supposer forcément une psychogenèse à l'origine des perturbations. Je crois qu'il y a un faux débat entre les tenants de l'organicisme et ceux qui défendent la psychogenèse, débat qui, en France en tous cas, fait perdre beaucoup de temps et d'énergie. Au jour d'aujourd'hui (1998), les recherches génétiques n'ont toujours pas pu mettre en évidence une anomalie susceptible de rendre compte de l'autisme en tant que maladie héréditaire. Il y a bien sûr eu les recherches avec le chromosome X fragile. Il est maintenant prouvé qu'il s'agit bien d'une maladie génétique en corrélation avec la déficience mentale. Qu'un déficient mental puisse avoir, en plus, un problème d'autisme, cela peut arriver. Car la découverte de l'anomalie peut produire quelque chose comme une rupture de la relation imaginaire entre mère et enfant ; mais l'autisme arrive ici de surcroît.

Elsa Coriat, à Buenos Aires, a développé un travail auprès d'enfants atteints du syndrome de Down, qui s'approche du travail que nous tentons de faire auprès d'un bébé pour lequel nous craignons un danger d'évolution autistique. Il est possible que, dans les prochaines années, on finisse par découvrir un gène porteur d'un facteur de susceptibilité, de vulnérabilité à l'autisme. Et alors ? Alors, s'il s'avère y avoir un facteur de vulnérabilité, nous aurons encore plus de responsabilité et de travail, en tant qu'analystes. Le « milieu ambiant » sera l'élément décisif pour que soit évitée l'évolution autistique. Ainsi, au cas où une telle vulnérabilité existerait, notre tâche n'en (93) serait que plus grande, celle de permettre qu'un Autre réel parvienne à créer un lien avec le bébé, afin que, plus tard, il puisse advenir comme sujet.

4 Ces médecins reçoivent les enfants à partir de l'âge d'un mois et jusqu'à six ans.

Les deux signes que j'ai privilégiés, en ce qu'ils me paraissent être facilement repérables par les médecins, sont les suivants :

- Le non regard entre mère et enfant, surtout si la mère ne se rend pas compte que le bébé ne la regarde pas, c'est-à-dire, en termes métapsychologiques, le ratage du circuit pulsionnel du voir-être vu.
- L'échec du troisième temps du circuit de la pulsion orale ⁵.

Premier signe : le non regard entre le bébé et son Autre primordial

Ce concept de l'Autre primordial est très important. Un bébé qui a une mère psychotique peut vouloir dévier le regard de son visage, tourner la tête à 90 degrés pour fuir ce qu'il voit d'effrayant en elle. Il peut cependant rencontrer quelqu'un qui lui tient lieu d'Autre primordial : la grand-mère ou la tante, l'oncle, le père, qui que ce soit. Dans ce cas-là, il va bien y avoir regard entre l'Autre primordial et le bébé, même s'il n'y a pas de regard entre la mère et le bébé. Mais il faut que le médecin s'assure que quelqu'un occupe bien cette place.

Vous savez que, pendant la première année de vie, il n'y a aucun signe propre à l'autisme. Ce n'est qu'au cours de la deuxième année qu'ils apparaissent. D'où la nécessité de travailler à partir de signes discrets pour évaluer le danger d'une future évolution autistique.

Mais il ne suffit pas d'enseigner aux médecins à reconnaître ces signes, il faut aussi expliciter pourquoi ils nous semblent si importants. Pour cela, je commence par leur rappeler le rôle du stade du miroir : ce moment où le bébé, vers l'âge de six mois, sourit à sa propre image reflétée et cherche, sur le visage du père ou de la mère qui le porte, la validation de ce qu'il voit dans (94) le miroir. Ce moment jubilatoire est essentiel, parce que c'est là que nous pouvons être sûrs qu'un moi (au sens d'un ego) va se constituer. Nous autres lacaniens, nous avons une vision dépréciative de l'ego. Mais lorsque nous travaillons avec des enfants sans ego, nous affrontons un problème difficile. Le stade du miroir est très important pour la constitution de l'image du corps, pour l'unité corporelle, et pour la possibilité d'une relation avec le petit semblable. Il est important de savoir qu'il peut ne pas se constituer. Ce qui nous intéresse est ce qui précède et rend possible la constitution de ce stade. Nous pensons qu'il ne se constitue que s'il y a eu, préalablement, cette expérience du « regard fondateur du grand Autre ».

Lors de la consultation de quatre mois, âge auquel la loi française prévoit un examen détaillé du bébé, nous demandons au médecin d'être attentif à cette question du regard. Jusqu'à présent, cet examen n'est que physique et psychomoteur. Notre but est qu'il devienne également un moment où la

5 A propos du non regard entre la mère et l'enfant voir : M. C. LAZNIK, « Du ratage de la mise en place de l'image du corps au ratage de la mise en place du circuit pulsionnel », *La Clinique de l'Autisme*, Point Hors Ligne, Paris, septembre 1992. Sur la question de l'échec de l'établissement du circuit pulsionnel voir : M. C. LAZNIK, « Pourrions-nous penser à une prévention du syndrome autistique », *Contraste*, n° 5, « Autismes », 2^e semestre 1996.

question du lien à l'Autre puisse être prise en compte.

Cette relation avec le regard de l'Autre peut bien sûr être vue plus précocement encore. La notion de stades génétiques, qui se dérouleraient l'un après l'autre, automatiquement, ne se soutient pas face à ce type de clinique. Spitz, qui avait inventé cette notion de stades, s'en était déjà lui-même rendu compte. Son travail sur l'hospitalisme avait déjà fait apparaître qu'un bébé pouvait ne pas présenter le stade espéré, rien que du fait d'avoir été traité de façon impersonnelle, du fait de n'avoir pas été nommé dans la relation symbolique et imaginaire à l'Autre fondateur. Je propose d'employer le terme de « hospitalisme à domicile » pour parler d'une situation où la mère est à la maison, y fait tous les gestes indispensables à la santé du bébé, et, cependant, quelque chose n'a pas lieu, ce que j'appelle le *regard de l'Autre fondateur*.

Il est important de rappeler que le regard n'est pas la vision. Au Brésil il est facile de faire cette distinction, car il y a une expression qu'on emploie familièrement lorsque l'on sort et que l'on confie la garde de l'enfant à quelqu'un d'autre : « Olha este menino », « garde un oeil sur cet enfant ». Il ne s'agit pas alors de regarder avec les yeux grands ouverts, mais plutôt d'avoir l'oreille attentive, d'écouter si le bébé ne pleure pas. Dans « l'oeil » de ce regard-là, il est donc question d'investissement, d'attention. C'est de cela qu'il s'agit dans le *regard fondateur de l'Autre*.

Pour que le bébé puisse se regarder au stade du miroir, il faut supposer (95) l'existence préalable d'un regard originel, d'une présence originelle, sur laquelle l'absence va pouvoir s'inscrire. On répète comme des perroquets ce que Lacan dit à propos de l'importance, pour la constitution de l'appareil psychique, de la scansion présence-absence maternelle ; mais on oublie que sans présence fondatrice il n'y aura pas d'absence qui puisse s'inscrire. J'ai été intéressée par les travaux de l'Américaine Selma Fraiberg⁶ sur la question du regard, car elle avait une expérience préalable auprès d'enfants aveugles. Or, elle dit que le bébé aveugle perçoit parfaitement le "regard" de sa mère, à travers d'autres voies, telles que le toucher ou l'ouïe. Je dis cela pour nous aider à décoller la question du regard de celle de la vision.

Je propose aux médecins le modèle optique de Bouasse⁷, pour illustrer le fait que le corps d'un bébé ne se réduit pas à son organisme, mais est une construction faite de l'union de cet organisme avec quelque chose qui ne vient pas du bébé mais de l'Autre. Les médecins aiment bien le schéma de Bouasse, car il leur rappelle l'optique étudiée en première année de médecine, c'est quelque chose qu'ils connaissent. Je leur dis que Lacan a repris les propriétés du

6 S. FRAIBERG, « Phatological defenses in infancy », in *Psycho - Quarterly*, vol. LI, n° 4, 1982.

7 Il s'agit d'un jeu de physique optique, proposé par Bouasse, utilisé comme modèle métaphorique par J. Lacan dans son premier séminaire (Séminaire I) et repris d'innombrables fois dans le courant de son oeuvre pour illustrer plusieurs questions cliniques. Voir H. BOUASSE, « Optique et photométrie », Paris, Librairie Delagrave, 1934, réédité par Lysimaque in « Le schéma optique. Miroirs - Spécularité », *Cahiers de lecture freudienne*.

miroir concave comme métaphore de certaines structures psychiques et que, dans le cas présent, cela va nous aider à comprendre la relation entre l'organisme et le corps. L'organisme serait le vase ou le pot. Pour ceux qui ont travaillé en néonatalogie à l'époque où le corps du bébé était considéré en fonction de ce qui y entraît et sortait, le pot est un vase qui évoque assez bien l'organisme du bébé. Cela n'est pas un corps ; un corps, ça suppose quelque chose projeté sur lui, quelque chose qui ne fait pas partie de « l'objet réel » – ce que je peux toucher, peser – mais qui est une image, une « image réelle » projetée à partir de quelque chose de l'appareil psychique des parents, qui n'est pas dans le bébé. Les qualités optiques du miroir concave vont nous donner une représentation de l'expérience perceptive des parents. A condition d'être (96) convenablement positionnés dans la structure symbolique, ils pourront voir l'organisme du bébé et son investissement libidinal comme un tout, comme une unité. Le positionnement adéquat dans la structure symbolique est rendu métaphoriquement par le cône formé par les deux extrémités du miroir concave, où le regard de l'observateur doit se trouver pour qu'il ait l'impression de voir le vase – qui représente l'organisme – former un tout avec les fleurs – qui représentent l'investissement libidinal dont le bébé fait l'objet. Cet investissement libidinal, Lacan le nomme *phallicisation du bébé*. Cette unité, qui se constitue dans le regard de l'Autre fondateur, est la pré-forme (*Uhrrib*) du corps du bébé.

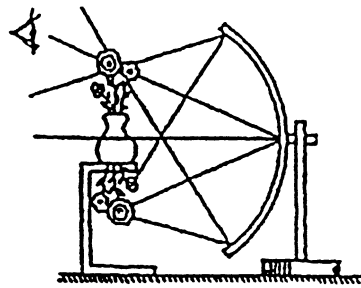


Figure 1

En compagnie de collègues belges, avec lesquels je travaillais sur cette question du regard de l'autre fondateur, je visitais l'exposition d'art flamand du musée de Bruxelles. Ils me firent remarquer que certaines Nativités représentaient l'enfant Jésus comme un nouveau né plutôt rachitique, au teint quasiment gris-verdâtre, ressemblant à un prématuré. Cela, cependant, personne ne le remarque, si ce n'est un psychanalyste travaillant sur cette question. Car cette figure grisâtre et maigre apparaît auréolée d'or, et nul ne met en doute que cet ensemble, vu comme un tout, une unité, c'est bien la divinité. Cet ensemble, formé par la vision anticipatrice de ce que le bébé n'est pas – c'est-à-dire de cette divinité qu'il deviendra – conjointe au réel de cet

organique qu'il est, c'est ce qui rend possible l'unité du corps du bébé. C'est seulement ainsi que le bébé va pouvoir, plus tard, se regarder dans le miroir et se retourner pour voir le regard de ses parents. Et ce qu'il voit dans ce regard parental, c'est l'organique auréolé par cet investissement libidinal dont il est l'objet.

Lacan dit clairement qu'il n'existe qu'un objet d'investissement libidinal, (97) l'objet *petit a*⁸ – rendu métaphoriquement dans notre schéma par les fleurs que le bébé va voir dans le regard de l'Autre. A partir de 1963, (dans le séminaire sur l'angoisse), Lacan affirme⁹ que la possibilité de phallicisation ne se fait pas dans le miroir ; dans l'expérience du miroir (qui est celle du narcissisme secondaire), on se voit manquant. Dans le miroir plan nous voyons le réel de l'organisme que nous sommes et un manque.

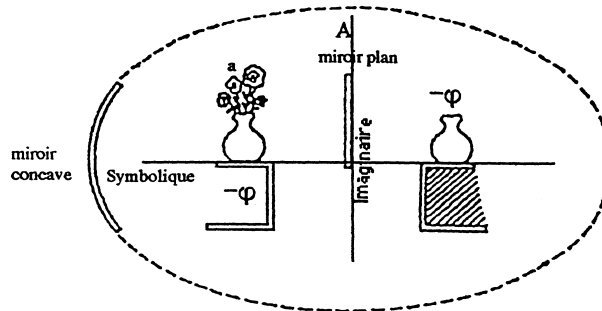


Figure 2

C'est seulement dans le regard de l'Autre que vient se constituer cet ensemble formé par l'organique et par l'investissement libidinal propre au narcissisme primordial.

Les médecins du service public étant en majorité des femmes, il n'est pas difficile de leur faire sentir cette distinction. Je leur dis : « Le matin, en vous regardant dans la glace, vous vous mettez à penser à une petite ride, ou à la coiffure qui n'est pas comme il faut. Ce n'est que l'amoureux ou le mari qui, en disant "comme tu es belle chérie", peut permettre que se constitue à nouveau cette unité du vase avec les fleurs au-dessus »¹⁰. Les médecins femmes le comprennent bien. Pour montrer que, dans la relation du narcissisme secondaire, nous ne nous percevons pas non plus comme objet d'investissement libidinal, il suffit de penser à ce qui se passe quand on arrive au travail et qu'on

8 Lacan affirme cela dans l'Introduction à la traduction anglaise du Séminaire XI.

9 A partir de 1963.

10 Il peut s'agir aussi de la voix-regard du grand Autre ; le meilleur exemple en étant celle du miroir de la Belle-mère de Blanche Neige.

croise une collègue qui nous dit aussitôt : « Tu travailles trop en ce moment, tu devrais te reposer ».

(98) Autrement dit, dans le regard du petit autre, notre semblable, nous ne nous voyons pas merveilleuses, phallicisées. Ce n'est que dans le regard de l'Autre primordial, et dans celui de l'amoureux ou de l'amoureuse, que cela peut avoir lieu ; ce qui nous rend l'amour si précieux.

Parfois j'utilise ce schéma (fig. 2) pour soulever quelques hypothèses sur les causes psychogéniques de l'autisme. Je propose de lire ce schéma comme un schéma inter-psychique. Ce qui se trouve à gauche, sous la table, donc occulté au regard, représenterait ce qui se trouve dans l'appareil psychique de la mère, et qui est retroprojeté sur le bébé. Ici en bas nous voyons inscrit $-\varphi$, c'est-à-dire le manque. C'est ce manque dans l'appareil psychique de la mère qui va permettre la phallicisation du corps de son bébé. S'il n'y a pas ce manque $-\varphi$, la phallicisation du bébé ne sera pas possible. Pour préfigurer cette phallicisation du bébé, je dessine parfois les fleurs formant une couronne par dessus le vase, de sorte que le pot devient un trône pour le bébé majestueux. L'investissement libidinal a phallicisé l'image du bébé, et il devient cette pure merveille, ce futur sujet qui sera docteur, celle-là qui sera danseuse. Ou même celui qui sera un bandit, c'est aussi une phallicisation. Le bébé devient un *pôle d'attribution*.

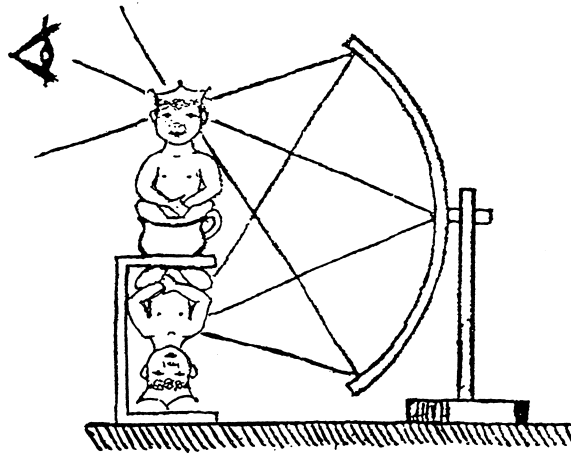


Figure 3

Cependant, une mère très déprimée, qui ne sait pas qu'elle a vécu une perte, qui méconnaît le fait qu'elle est en deuil, peut se retrouver tellement accaparée, tellement remplie par l'objet qu'elle a perdu qu'elle ne sait même pas que le manque lui manque. Dans ce cas, on peut dire qu'il n'y a pas dans son appareil psychique ce qu'on pourrait nommer $-\varphi$, rien qui permettrait cet (99)investissement libidinal du bébé. Mais il faut faire attention, dans notre travail auprès des médecins : la mère pourrait se trouver pointée du doigt, assignée en place de coupable ; risque qu'il faut absolument éviter.

Dans d'autres cas, les parents semblent ne pas pouvoir venir occuper la

place symbolique à partir de laquelle ils pourraient voir se constituer l'unité entre le réel du bébé qu'ils ont sous les yeux et le bébé merveilleux dont ils rêvent. Ce qui importe alors est de savoir comment intervenir pour permettre la relance de la structuration de l'appareil psychique. Parfois, une parole du médecin suffit pour susciter la phallicisation du bébé. Elle se produit tout d'abord dans le regard du médecin, pour que les parents puissent à leur tour la voir. Les médecins plus expérimentés sont familiers de cette dimension thérapeutique ; ils connaissent le poids de leur parole. Lorsque les parents voient les yeux du médecin briller devant le merveilleux bébé, cela peut parfois suffire à rétablir le schéma optique, à permettre aux parents une identification secondaire avec le regard du médecin. C'est un travail que les médecins apprennent à faire et qu'ils aiment.

Il arrive, parfois, que cette phallicisation existe, mais soit prisonnière de l'image d'un frère mort. C'est un cas relativement facile à traiter.

Dans d'autres cas, c'est plus difficile, car la place symbolique que le bébé vient occuper dans la chaîne des générations fait que, même si la mère voit les « fleurs-couronnes », (métaphore du narcissisme primordial), cet investissement ne vient pas se conjoindre avec le réel organique de ce bébé-là ; l'investissement en reste déconnecté. Comme si ce bébé arrivait marqué par une interdiction de recevoir de l'investissement libidinal. Il y a là un plus grand travail à faire, et le médecin doit pouvoir passer le cas à une équipe d'accueil psychanalytique pour bébés et parents ¹¹.

Ce qui se passe au registre du regard a lieu aussi au registre acoustique. Quand une mère, qui s'occupe de son bébé, lui parle, le bébé répond par un son quelconque. Ce son aussi, la mère l'investit phalliquement, elle entend bien au-delà du petit bruit ; elle le traduit, il devient, par exemple, un « maman ! » ¹². Elle lui répond alors : « Oui, mon bébé, je t'aime ». Et ainsi de (100)suite. Et quand le mari arrive, elle lui dit : « Nous avons papoté toute la matinée ».

Cette folie des mères est indispensable, pour qu'un jour le sujet de la parole se constitue. Il faut que quelqu'un soit capable de cette illusion anticipatrice face au bébé : l'écouter comme sujet, déjà dans sa potentialité de sujet d'une parole, bien avant que celle-ci n'apparaisse. Les psycholinguistes parlent de *proto-conversation* pour décrire ces *tours de parole* au cours desquels la mère occupe, tour à tour, la place du bébé, quand elle traduit le son qu'il a produit, et la sienne propre, quand elle lui répond. Mais il est difficile de demander aux médecins de se guider par cette proto-conversation. Une pudeur fait que les mères ont souvent du mal à se prêter à ces *tours de parole* dans le cadre d'un cabinet médical.

Par lui-même, le signe clinique de l'absence de regard n'est pas suffisant, pour conclure à un risque d'autisme, car il peut s'agir d'une *défense primaire*, parfois tout à fait adéquate. Par exemple, face à une mère mélancolique, il vaut mieux pour le bébé de fuir un regard maternel qui n'exprime rien d'autre que

11 Nous avons une consultation publique de ce type au Centre Alfred Binet, à Paris.

12 Une mère plus extravertie pourra même y entendre un « ma maman chérie ! »

sa propre dépression. La question est de savoir s'il va y avoir quelqu'un d'autre qui puisse tenir, pour le bébé, cette place d'*Autre primordial*. L'*Autre primordial* est celui qui est capable d'entendre ce que le bébé n'a pas encore dit ; de voir en lui celui qu'il n'est pas encore.

Le second signe : l'absence du troisième temps du circuit pulsionnel oral

Jusqu'à présent, nous n'avons en fait parlé que de pulsion. De pulsion scopique : regarder – être regardé ; de *pulsion invoquante* : interpellé – être interpellé. Nous avons vu que la pulsion invoquante ne peut être utilisée comme signe clinique dans le cadre classique de la consultation. Le signe suivant, même s'il, en consultation, est plus délicat à appréhender que le regard, reste néanmoins accessible au clinicien. Il s'agit de la *non constitution du circuit pulsionnel complet dans l'oralité* et plus précisément *du ratage du troisième temps de ce circuit*. Ce qui m'amène à parler aux médecins de la lecture lacanienne du concept de pulsion chez Freud ; du pourquoi il est nécessaire que ce circuit pulsionnel s'établisse et de la gravité du tableau qui survient lorsque ce circuit ne s'établit pas de façon complète.

La traduction clinique de l'existence ou de l'absence de ce circuit (101)pulsionnel est simple. Mais, seule, elle ne suffit pas. Il convient de fournir aux collègues médecins un minimum de bagage conceptuel pour qu'ils mesurent l'importance de cela à nos yeux. Quand je parle de la théorie des pulsions, je commence par montrer comment Lacan a relu la théorie freudienne, en séparant définitivement le besoin de la satisfaction pulsionnelle à proprement parler. Autrement dit, comment il sépare le registre organique d'un registre qui ne serait plus seulement organique. C'est très important pour la clinique de l'autisme. Car l'enfant autiste possède un organisme qui semble parfaitement capable de se maintenir en vie. En France du moins, ils se portent bien, leur santé est bonne, même à un âge adulte avancé. Il faut séparer le concept de pulsion de ce qui serait l'instinct de survie ; sinon nous ne pouvons pas travailler.

La première chose que je travaille avec les médecins est cette distinction de la notion de pulsion avec celle de besoin. Ceci est une lecture lacanienne, car Freud, dans *Pulsion et ses destins* (1915), oscille. Il commence par dire que la faim et la soif sont des pulsions, mais, comme le remarque Lacan la cohérence même de ce texte nous amène à penser qu'il n'est pas question là de véritables pulsions. Les véritables pulsions sont celles que Freud appelle *pulsions sexuelles partielles*. Quelle est la première qu'il décrit ? Se regarder et être regardé. C'est curieux, non ? Bien sûr, il appelle cela *exhibitionnisme* et *voyeurisme* ; mais Freud, dans ce texte, n'est pas intéressé par la perversion. Ce qu'il décrit, c'est la mise en place de la pulsion.

Que va être, alors, la satisfaction pulsionnelle ? S'il ne s'agit pas de survie de l'organisme, il ne s'agit pas d'appréhender l'objet du besoin. Lacan est très clair : la pulsion, quand elle appréhende son objet, ce n'est pas en lui qu'elle se satisfait. La satisfaction pulsionnelle se donne en parcourant les différents points du circuit pulsionnel.

Cela se répète infiniment mais jamais de la même façon ¹³.

Nous allons voir apparaître un trajet, en forme de circuit, et la satisfaction pulsionnelle consiste à parcourir ce circuit. Ceux qui sont encore des adeptes de la théorie de l'appui pensent généralement en termes de satisfaction organique. Mais dans le circuit pulsionnel ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Je (102) dessine un cercle pour figurer le circuit pulsionnel aux médecins. Je leur dis : « Prenons la pulsion orale, qui est celle que vous observez le plus chez un petit bébé de trois mois ; le circuit pulsionnel se fait en trois temps. Le premier temps de la pulsion orale ? C'est le temps actif où le bébé ¹⁴ se dirige vers l'objet, le sein ou le biberon, et l'attrape. » Je continue en disant aux médecins : « Quand vous examinez un nouveau-né, ce que vous observez d'emblée, c'est ce premier temps. Le second temps, je sais que vous y êtes aussi attentifs. Il s'agit des processus auto-calmands, ce que vous avez entendu nommer processus *auto-érotiques*. Lorsque le bébé est en train de téter sa tétine et se calme ; c'est un temps réflexif, où le bébé prends une partie de son propre corps comme objet de sa pulsion. Je sais que ce temps-là vous intéresse beaucoup. » Les P.M.I. (Prévention Maternelle-Infantile) ont pour mission d'assurer un suivi du développement du bébé. Je continue : « Le problème est que vous n'êtes pas du tout préoccupés par le troisième temps ». Les analystes non plus, et pas même les lacaniens, d'ailleurs. Cependant Lacan a très clairement défini ce troisième temps, déjà décrit chez Freud, mais qui n'a pas intéressé grand monde ¹⁵. Ce troisième temps est pourtant très bien décrit dans le *Séminaire XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Ce troisième temps, c'est celui où va enfin apparaître le sujet de la pulsion. Lacan affirme que, dans les deux premiers temps, le sujet de la pulsion est acéphale ; et c'est ce troisième temps qui me garantit qu'il va y avoir un sujet de la pulsion. Et là ce qui est surprenant, c'est que ce sujet de la pulsion c'est l'Autre. Dans ce *Séminaire XI*, l'autre est parfois écrit avec a minuscule et parfois avec un A majuscule. En effet, dans ce troisième temps, il est indispensable que ce grand Autre soit redoublé par un petit autre qui vienne occuper cette place ¹⁶. Dans ce troisième temps du circuit pulsionnel, il s'agit pour le bébé (c'est lui qui nous occupe ici) d'aller crocheter la jouissance de l'Autre.

Je sais bien que, de même que *l'ego* a très mauvaise réputation dans les milieux lacaniens, la jouissance de l'Autre est une affaire encore plus inquiétante. (103) Pourtant, il faut savoir que la jouissance phallique de l'Autre, jouissance limitée par la marque de castration qui le barre, est indispensable pour la structuration de l'appareil psychique ; sans elle il n'y aura pas de sujet. Lacan dit exactement cela dans le *Séminaire XI* Mais ce qui y est dit sur la pulsion est dispersé entre plusieurs leçons du Séminaire. J'ai donc fait un travail pour

13 On pourrait le figurer de façon topologique sous la forme d'un ressort.

14 Je fais très attention à ne pas dire le moi, car je ne sais pas s'il est déjà constitué.

15 Mis à part, semble-t-il, Safouan dans un de ses textes.

16 Dans le *Séminaire de l'Angoisse*, Lacan évoque déjà cette possibilité qu'une mère soit réduite à son rôle de petit autre, ne pouvant pas jouer le rôle du grand Autre. Dans ce cas, dit Lacan, le bébé refuse de tourner sa tête vers elle.

réorganiser méthodiquement tout ce qu'il apporte sur la pulsion dans ce séminaire ; et je peux maintenant affirmer qu'il y expose une *théorie lacanienne de la pulsion*¹⁷. J'aimerais beaucoup que vous alliez le vérifier.

Revenons à notre travail de dépistage précoce. Ce second signe – l'existence ou non du troisième temps du circuit pulsionnel – sera recherché seulement chez les bébés déjà signalés par l'absence de relation de regard avec l'Autre primordial.

Ce troisième temps a une traduction clinique très claire pour les médecins, comme je vais vous le montrer.

Je leur dis : « En résumé, dans le premier temps le bébé tète le sein, vous êtes tranquilles ; dans le second temps, il tète son doigt ou sa tétine, vous êtes toujours tranquilles. Et le troisième temps ? Freud l'appelait passif. Lacan dit que c'est le temps du se faire. Il s'agit d'une forme d'apparente passivité, dans laquelle quelqu'un se laisse regarder, se laisse manger, etc. »

Le bébé se fait manger dans le jeu du faire semblant. Le registre du faire semblant est essentiel pour la structuration symbolique de l'appareil psychique. C'est un jeu de manger avec l'interdiction d'incorporer l'objet, bien sûr. Alors comment est-ce que ça se passe ? On en trouve un exemple clair dans le travail des publicitaires, dans des magazines comme *Parents*. On y vend des couches sur la base de ce troisième temps du circuit pulsionnel. La publicité montre le bébé qui touche avec son petit pied la bouche de maman, qui rit. Ce rire donné au bébé est la preuve que la jouissance de l'Autre barré a bien crochété¹⁸, et c'est de cela qu'il s'agit pour le bébé.

(104) Nous voyons donc que la passivité pulsionnelle est en fait éminemment active, il s'agit de *se faire*. Dans le registre de la pulsion orale, à ce troisième temps, il s'agit de se faire manger. Le nouveau-né, qui ne peut pas encore mettre son pied dans la bouche de sa mère, étire son petit ventre vers le haut – c'est un mouvement très précoce – et la mère, en souriant, lui fait un baiser sur son ventre. Et vous pouvez alors l'entendre dire quelque chose comme : « mon petit sucre d'orge », ou autres variantes sucrées. Le bébé est très attentif à ce sourire de la mère, preuve que sa jouissance a été crochétée. Quand ce troisième temps a lieu, je sais que, sur le pôle hallucinatoire de satisfaction primaire, va rester quelque chose de la représentation du désir (*Wunschvorstellung*), non seulement des caractéristiques de ce proche capable de porter secours qu'est l'Autre (*Nebenmensch*) – mais encore quelque chose de la jouissance de cet Autre. Et ce sera fixé définitivement. Quand le bébé se retrouvera seul avec sa tétine et qu'il rêvera, il va y avoir de l'investissement envoyé vers le *pôle de satisfaction* et la *représentation de désir* va se réactualiser. C'est ce que Freud dit dans le *l'Esquisse*¹⁹. Pour ma part, je pense que dans

17 Pour une lecture plus détaillée cette question, voir : M .C. LAZNIK, « Pour une théorie lacanienne des pulsion », in *Le discours psychanalytique*, Revue de l'Association Freudienne, n° 10, septembre 1993.

18 Cela apparaît clairement dans le graphique du désir, dans le registre que Lacan appelle pulsion.

l'expérience hallucinatoire de satisfaction, ce que le bébé entend, c'est le rire de plaisir de sa mère. A partir de là, je sais que lorsque le second temps du circuit pulsionnel reviendra, il sera véritablement auto-érotique car, dès lors qu'on est passé par le troisième temps, il y aura *éros* dedans.

Ce circuit pulsionnel est aussi le circuit de toutes les *Gedanken* inconscientes, du système du penser inconscient ; et c'est sur cela, sur ce passage par le pôle hallucinatoire de satisfaction que va se constituer toute la possibilité des représentations inconscientes. C'en est la condition sine qua non. Si cela échoue, si ce troisième temps n'est pas atteint, si le circuit se bloque entre le premier et le second temps, alors rien ne garantit que l'autoérotisme ne soit pas dépourvu de la marque du lien à l'Autre, qui est *éros*. Or si j'enlève *éros*, *auto-érotisme* se lit : *autisme*. Rien alors ne garantit que le pôle hallucinatoire de satisfaction soit dans le circuit et que, partant, tout le système des représentations de la pensée inconsciente puisse se constituer. De là découle que le langage ne survient pas, car sont absentes : métaphore, métonymie, processus de condensation et de déplacement. Ce que je dis là peut être figuré sur le *graphe du désir*. Je ne présente généralement pas ce graphe aux médecins et, (105) lorsque je le fais, c'est simplement pour leur montrer que les deux étages se constituent en même temps, non seulement logiquement mais aussi chronologiquement. Relisons ce graphe ²⁰.

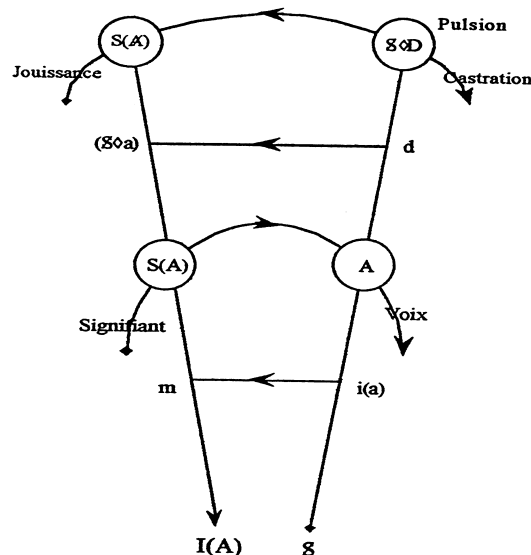


Figure 4

19 Je me réfère ici au texte de Freud, *Projet pour une Psychologie Scientifique*.

20 Ce graphe a été refait d'après celui de la p. 817 des *Ecrits* de J. Lacan.

Regardons la base de droite de la flèche : une poussée part de l'intérieur de l'organisme du bébé²¹, produit un cri qui est traduit, effectivement, dans le code de l'Autre (A), par l'Autre maternel. Cette traduction ne se fait pas à la troisième personne du singulier, comme je l'ai longtemps cru, mais bien à la première personne. Celui qui tient lieu d'Autre parle à la place de bébé, et (106)énonce à la première personne : « J'ai faim maman. »²²

Cette traduction a, bien sûr, une signification pour l'Autre, écrite s(A), mais ce qui se constitue en même temps, et qui correspond au troisième temps du circuit pulsionnel, c'est que le bébé repère qu'il est capable d'accrocher la jouissance de l'Autre. Sur le graphe, la place de la jouissance de l'Autre se trouve en haut à gauche en S(A). C'est Lacan qui l'écrit là.

Le nouveau-né et la parole : une recherche en psycholinguistique

Je vais vous montrer comment les recherches actuelles en psycholinguistique vont dans ce sens même sans le savoir. La psycholinguistique est cette branche de la recherche qui n'a commencé à être connue qu'après la mort de Lacan en 1982. Ils ont néanmoins 25 ans de travaux importants derrière eux. Nous avons fait un congrès sur le sujet à Paris, récemment. Colwyn Threvarthen, un des fondateurs de la psycholinguistique, présenta un travail sur l'intérêt du nourrisson pour le langage dès les premiers jours de sa vie.

En préparant le congrès, je suis tombée sur un texte de Fernald, un autre des fondateurs de cette branche de recherche. Il constatait chez les nourrissons une appétence orale exacerbée pour une forme particulière de parole maternelle, qu'on a ensuite appelée *motherease* (mamanais). Ce *motherease* présente une série de caractéristiques spécifiques au niveau de la grammaire, de la ponctuation, de la scansion, et une prosodie particulière. Dans cette recherche, Fernald s'est intéressé aux caractéristiques prosodiques du *motherease*, et sur l'effet qu'il produit sur appétence orale du nourrisson. Travaillant dans une maternité, il testait les bébés entre un et trois jours de vie. Ce fut là une des premières recherches en psycholinguistique. Elle fut plus tard reprise dans beaucoup de pays. Il y a des laboratoires, dotés de bons moyens financiers, aux Etats-Unis, en Allemagne, au Japon, qui travaillent en psycholinguistique. Toutes ces recherches ont confirmé les données trouvées par Fernald. Qu'a-t-il découvert ? Il a découvert qu'un bébé qui n'a qu'un jour, qui n'a donc même pas encore tété de lait, qui n'a pas encore fait l'expérience (107)de la satisfaction alimentaire, en entendant la voix de sa mère adressée à lui, devient très attentif et se met à sucer intensément sur la tétine dite « non nutritive », puisqu'elle ne délivre rien ; elle ne fait qu'enregistrer l'intensité des

21 Bébé qui n'est pas encore un sujet barré, ce qu'il ne deviendra que plus tard. Le graphe ici représenté traite de l'adulte. Cette version du graphe a été choisie parce que la *jouissance* y est inscrite à la place du signifiant de l'Autre barré, au registre de la pulsion.

22 A ce propos voir l'article de S. FERREIRA, « De l'interaction mère-bébé au dialogue mère-bébé, le premier pas » in *La Psychanalyse de l'enfant*, n° 16, Paris, Editions de l'Association Freudienne, 1995.

succions. En tant que psychanalystes, comment lire ces données ? L'intérêt pulsionnel suscité en lui se traduit par d'intenses succions : c'est la traduction orale de toute expérience d'intérêt chez un nourrisson. Il n'y a donc pas ici d'objet de *satisfaction du besoin*. Nous voyons bien là la différence radicale entre *l'objet cause de désir*, qui est celui de la pulsion, et l'objet de satisfaction du besoin du nourrisson. Le nourrisson, enthousiasmé par quelque chose dans ce « mamanais », suce frénétiquement sa tétine. Même si ce « mamanais » est repassé dans un magnétophone. Cependant, Fernald a découvert que s'il enregistrait la parole de la mère pour son bébé sans la présence du bébé, le résultat obtenu était différent. On n'y retrouvait plus de pics prosodiques aussi marqués et le bébé, alors, montrait moins d'intérêt pour l'enregistrement. Ce qui indique que la mère n'arrive pas aussi bien à parler en "mamanais" en l'absence de son nourrisson. Et si une mère s'adresse à un autre adulte, les pics prosodiques sont encore plus faibles et l'intérêt du bébé est encore moindre. Fernald a essayé de découvrir s'il y avait une situation où un adulte, parlant avec un autre adulte, produirait ces mêmes pics prosodiques spécifiques du *motherese* (mamanais). Pour les obtenir, il fallait une situation, somme toute assez rare, où se présenteraient une grande surprise, un étonnement et, en même temps, un grand plaisir, une joie. Donc, étonnement et plaisir conjugués produisent ce genre de pic prosodique. Fernald n'en tirait aucune conclusion.

Or, il se trouve que je travaille depuis plusieurs années sur la question de la *tierce personne*, telle que Freud la décrit dans *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*. Hors, j'ai découvert, dans ma pratique clinique, que le troisième temps du circuit pulsionnel, le moment où la jouissance de l'Autre (et de l'autre)²³ est crochetée, a quelque chose à voir avec ce que Freud décrit à propos de cette tierce personne²⁴. Il dit que cette tierce personne, en entendant un néologisme, ou une parole enfantine tronquée, s'étonne, dans un premier (108) temps : « Qu'est-ce que c'est que ça, je ne connais pas ce mot-là. » Mais au lieu de le rejeter en se disant : « Quelle bêtise, voilà quelqu'un qui ne sait pas bien parler », elle supporte cet étonnement, elle se laisse décompléter : « Mais c'est incroyable! Comme c'est drôle ce que dit untel ! », et elle rit. Nous avons là deux temps que Freud nomme *la sidération*, l'étonnement et *la lumière*. Il y a donc un premier moment de balancement où quelque chose d'inconnu surgit devant l'Autre. Accepter de se laisser décontenancer, c'est la marque de la barre chez l'Autre. Cet Autre n'est pas clos, il a un manque, une ouverture. Lacan en parle très bien dans son *Séminaire des formations de l'inconscient*²⁵.

Et le second moment est celui du rire. Toute la seconde partie du livre de Freud est sur ce rire, qui est plaisir, jouissance. Il ne s'agit pas ici de plaisir au sens du *principe de plaisir*, qui est surtout un *principe de non déplaisir*. Avec l'étonnement et le rire de l'Autre barré, nous sommes au troisième temps du circuit pulsionnel.

Etonnement et joie sont aussi les caractéristiques de la prosodie du *motherese* (mamanais), dont le nourrisson est si avide. Que nous apprend la recherche de Fernald ? Elle nous dit que dès la naissance, et avant toute

23 Car pour le bébé il faut que cet Autre se présente sous la forme d'un autre en chair et en os.

expérience de satisfaction alimentaire, le nourrisson a une appétence extraordinaire pour la *jouissance* que sa présence déclenche chez l'Autre maternel.

-
- 24 A ce propos voir : M. C. LAZNIK-PENOT, « Vers ta parole – Trois enfants autistes en psychanalyse », Paris, Denoël, 1995, pp. 175 à 179.
- 25 J. LACAN, *Les formations de l'inconscient*, Séminaire inédit, leçons du 6 et 13 novembre, 1957.