



PUBLICATIONS

Interstices

*Bulletin électronique
des laboratoires du CIEN francophone*

NUMÉRO # 8

— Mars 2026

Pas faim !

Centre Interdisciplinaire sur l'ENfant
INSTITUT PSYCHANALYTIQUE DE L'ENFANT DU CHAMP FREUDIEN

CiEN

Sommaire

Pas faim !

LE GRAND ENTRETIEN

Vessela Banova, psychanalyste en Bulgarie

5

ECHO DES LABORATOIRES

Une offre d'hospitalité
Christine Marcepoil

11

SUR LE VIF

L'objet oral chez le nourrisson à l'épreuve du réel
Fosca Ventrice

13

VEILLE

Contourner l'impasse d'un diagnostic pour tous –
-vers le diagnostic sur mesure d'une phobie alimentaire
Agnès Vigué Camus

15

TRIBUNE D'ACTUALITE

Avalez la pilule – Elle est en promo ! Xavier Gommichon
Question à l'HAS, Daniel Roy

17

ÉVÈNEMENTS | 22

Édito

Agnès Vigué-Camus, présidente du CIEN

Lorsqu'un enfant ne mange pas, on peut y voir un symptôme qui trouble l'organisme. C'est un enfant malade pour lequel la médecine établit un diagnostic à l'appui de différents examens. Dans ce numéro, il est question d'un autre enfant qui n'a « pas faim ». Cette absence de faim est à situer dans le champ du désir et de la parole que cristallise le symptôme analytique. Celui-ci plonge ses racines dans le langage et accorde toute son importance au « pas » de « *pas faim* », avançant l'hypothèse qu'il y a là un mouvement à saisir, car à l'inverse du nourrissage qui est donné par l'autre, ce « ne pas » vient du sujet.

Pourrait-on alors opposer un symptôme médical qui serait purement objectif, car établi à partir d'indicateurs, au symptôme analytique qui, par sa face langagière, et plus précisément signifiante, loge la trace du désir d'un sujet ? Pas vraiment, car la science réfère elle aussi au signifiant. Les instruments et les échelles de mesure sont pris dans un corps de signifiants. Ils n'existent pas hors du langage¹. Simplement, ce corps de signifiants s'ignore en tant que tel. C'est ce que l'on entend dans les discours scientifiques qui accablent l'approche psychanalytique à l'heure actuelle.

Autrement dit, l'approche subjective de la psychanalyse ne s'oppose pas à l'objectivité de la science mise au service de la médecine. La différence réside dans l'écart, la place vide qui, dans le discours analytique, laisse chance à un réel d'être entendu. C'est qu'au cœur du symptôme git cette chose étrange qui peut aller à l'encontre de la vie même. Un nourrisson préfère parfois ne pas manger.

La psychanalyse montre qu'un adulte peut se faire partenaire de ce réel, il peut prendre « une moitié de symptôme » à sa charge, c'est-à-dire le rendre interprétable². Ce refus de manger aurait une signification au-delà d'une pathologie de l'organisme. Ni machinerie fonctionnelle, ni pur organisme vivant, un être parlant est, en effet, animé par une intention de dire. Dire ce qui le concerne au plus près, selon ses possibles, parfois en faisant silence, parfois en

1. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XII, *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, coll. Champ Freudien, 2025, p. 265.

2. *Ibid*, p. 264.

refusant de se nourrir, comme l'indiquent les dits symptômes d'anorexie du nourrisson.

Un autre orienté par la psychanalyse, comme l'est chaque grande personne qui se fait partenaire d'un enfant, dans un laboratoire du CIEN, règle son écoute, ses interventions sur ce dire en souffrance. Pour cet autre, « il n'y a pas de modèle », pas de protocole, « mais il y a une méthode qui est d'écouter attentivement et de faire attention aux détails, d'ouvrir des espaces pour la souffrance particulière de chacun et de se parler », comme nous le dit Vessela Benova dans le bel entretien qu'elle accorde à l'équipe d'*Interstices*. Lisons-le et laissons-nous enseigner par l'expérience d'une psychanalyste, fondatrice du CIEN à Sofia, qui fête cette année ses 20 ans de création. Vessela Benova, en effet, par la place qu'elle a su occuper dans des orphelinats en Bulgarie a prêté oreille à de tout-petits enfants.

LE GRAND ENTRETIEN

De 2001 à 2008, Vessela Banova a été vice-présidente de l'Agence nationale pour la protection de l'enfant en Bulgarie. Psychanalyste à Sofia, membre de la société bulgare de psychanalyse, de la New Lacanian School et de l'Association mondiale de psychanalyse, elle est responsable du CIEN bulgare. Elle a fondé un laboratoire du CIEN en Bulgarie à Sofia avec Judith Miller, Philippe Lacadée et Daniel Roy. Elle a été présidente de 2020 jusqu'en septembre 2025, puis directrice thérapeutique de l'association « Enfant et Espace ». Propos recueillis le 16 janvier 2026.

Refus alimentaire du nourrisson

Vessela Banova | PSYCHANALYSTE EN BULGARIE

Interstices : Vous avez travaillé avec le gouvernement bulgare à l'élaboration de la politique de l'enfance après la chute du gouvernement communiste. Vos équipes ont découvert dans des anciennes institutions « Mère et enfant » des enfants gravement carencés et des nourrissons refusant tout contact. Nous aimerions échanger avec vous sur cette expérience inouïe et votre pratique face à cette clinique mettant en jeu un « désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie ¹ » selon l'expression du docteur J. Lacan.

Vessela Banova : Avec les professionnelles des maisons « Mère et enfant », nous avons découvert et étudié les écrits de René Spitz² sur le syndrome d'hospitalisme et les effets du manque d'affection sur les nourrissons, mais aussi l'expérience de Frédéric II³ : des bébés élevés dès leur naissance par des nourrices muettes, sur ordre de l'empereur, n'ont pu survivre⁴. A la suite de ces études de textes, les professionnelles ont commencé à parler des cas de bébés qu'elles rencontraient et qui ne voulaient pas manger, des nourrissons appelés anorexiques, qui se provoquaient des vomissements. Ils étaient traités à partir de

1. Lacan J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1957-1958), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 558.

2. Spitz R., « La perte de la mère par le nourrisson », revue *Enfance*, 1948, pp. 373-391. Article en ligne : https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1948_num_1_5_1106

3. L'empereur Frédéric II, empereur de Prusse au XIII^e siècle, fit des expériences pour connaître la langue qu'emploieraient, en grandissant, des enfants qui n'auraient parlé avec personne. Il ordonna à des nourrices de donner du lait à des enfants, en les nourrissant au sein, de les baigner, de les nettoyer, mais en aucun cas de les cajoler, ni de leur parler. Il voulait en effet savoir s'ils parleraient en hébreu, langue primitive, ou en grec, ou en latin, ou en arabe, ou dans la langue des parents qui les avaient procréés. Mais il œuvrait en vain, parce que les bébés mouraient tous : ils ne pouvaient vivre, privés des gestes, de la gaieté, des cajoleries de leurs nourrices.

4. Rey C., « La cause des bébés », Article en ligne : <https://shs.cairn.info/la-quete-symbolique-chez-l-enfant-et-l-adolescent--9782749272559-page-19?lang=fr>

leurs troubles alimentaires et pris en compte uniquement à partir de leur organisme. Certains d'entre eux n'avaient pas survécus, d'autres étaient entre la vie et la mort. Pendant plusieurs années, nous avons écouté ces professionnelles et travaillé avec leurs observations des différentes étapes de la souffrance psychique suite à une séparation précoce avec la mère.

Interstices : En France, des centres experts coordonnent l'élaboration d'un protocole national de diagnostic sur « l'Anorexie Mentale à début Précoce » (AMP) et classent les « problématiques de nourrissage des tout-petits » dans les troubles alimentaires. A partir de votre expérience clinique dans les maisons mère-enfant, que souhaiteriez-vous transmettre concernant cette « problématique de nourrissage » chez les tout-petits ?

Vessela Banova : Il y a le cas d'une enfant très emblématique qu'on cite souvent, devenu comme un symbole du laboratoire CIEN bulgare *Grandir sans parents*⁵. C'est l'une des pédiatres de la ville de Varna qui nous a raconté la situation d'une petite fille de deux ans avec une sonde gastrique, qui refusait de se nourrir, qui voulait absolument mourir. Docteur Camélia Vassiléva a saisi quelque chose d'une souffrance psychique, au-delà du trouble alimentaire, et elle a repéré que personne ne s'était adressé à ce bébé pour lui dire : « Tu as le droit de souffrir parce que ta mère t'a abandonnée, on ne sait où elle se trouve et tu es ici toute seule ». Camélia Vassiléva décide d'en prendre la responsabilité et de parler à cette petite fille : « Je suis là avec toi, je vais te garder, mais je ne veux pas te traiter comme un organisme, je sais que tu es en souffrance ». Elle lui a parlé comme à un sujet en souffrance et pas comme à un organisme avec un trouble alimentaire. Petit à petit, cette petite fille a commencé à réagir quand Camélia apparaissait, à avoir des moments privilégiés avec elle, et elle a commencé à se nourrir, à prendre poids.

Interstices : Vous parlez de *refus de se nourrir*, c'est-à-dire d'une prise de position du petit sujet.

Vessela Banova : Oui ! À partir de cette expérience, on a considéré autrement les 30 % de bébés hypotrophiques dans les institutions. En effet, au niveau des besoins, ils étaient absolument bien traités, mais au niveau de la demande qui passe par l'Autre qui parle, il y avait un anonymat. Ça correspond très bien à ce que Ligia Gorini dit dans son argument pour la future Journée de l'Institut de

5. « Grandir sans parent » est le premier laboratoire créé par le CIEN qui se réunissait à Sofia. Y venaient de toute la Bulgarie, des équipes des trente-trois institutions qui accueillaient les bébés abandonnés. Les travaux du laboratoire font l'objet d'une publication du même nom.

l'Enfant ⁶ : la demande d'être nourri, dès qu'elle est véhiculée par le langage et adressée à un Autre, vise autre chose que la simple satisfaction d'un besoin. Elle constitue le premier lien du petit homme à l'Autre, c'est dans l'écart entre le besoin et la demande que vient se loger le désir.

Interstices : Une révolution dans les pratiques professionnelles !

Vessela Banova : Après vingt ans de travail, on m'a donné en Bulgarie le titre de docteur en sociologie et ça a été l'occasion de parler de cette méthode. J'ai présenté le cas d'une petite Anélia, qui est l'une des enfants d'un centre médico-social, née d'une grossesse non suivie de sa mère et placée dans cet établissement à l'âge de onze jours, en raison de vomissements. On s'est aperçu avec mon collègue pédiatre, qui était orienté aussi par la psychanalyse lacanienne, que c'est suite à une longue hospitalisation à Sofia, hors de la maison mère-enfant, que cette petite fille refusait de manger et a commencé à vomir. Elle n'a pas pu supporter ce changement, cette séparation avec l'établissement. On apprend que cette petite Anélia, avant cette longue hospitalisation, refusait de la nourriture, parce qu'elle était sous un régime diététique en raison d'allergies alimentaires et donc la nourriture n'avait pas de goût. Une infirmière et la kinésithérapeute se sont accrochées, elles ont commencé à la rencontrer et à parler chaque jour à cette petite fille.

J'ai mis dans ma thèse le témoignage de la kinésithérapeute sur la façon dont cette enfant, qui avait décidé de se débarrasser de son corps en souffrance et de mourir, a commencé à s'accrocher petit à petit à la vie, nourrie par l'intérêt particularisé des professionnelles. Finalement, elle a commencé à avoir, comme entre le docteur Camélia et l'autre fillette, des moments privilégiés avec cette kinésithérapeute. Elle a commencé à prendre du poids.

Je pensais que raconter ce cas et démontrer à quel point la parole est importante, adresser une parole, mais aussi pouvoir trouver des mots qui peuvent nommer ce qui se passe, est absolument fondamental dans toute cette fameuse réforme de dés-institutionnalisation. Parce qu'en Bulgarie, comme en France, au niveau national des institutions, il y a ce fantasme qu'on peut régler un problème, répondre au réel, avec des protocoles, des réglementations et des classifications. Ce n'est pas possible. La psychanalyse lacanienne nous a montré que tout est question de rencontre et de l'ouverture d'un espace pour chaque cas, qu'il n'y a

6. Gorini L., Directrice de la 9ème JIE sur le thème « Manger – La pulsion orale chez l'enfant », argument paru dans *Interstices* n° 6, novembre 2025, argument en ligne sur le site : institut-enfant.fr

pas de modèle, mais qu'il y a une *méthode*, comme disait Daniel Roy⁷. La méthode, c'est d'écouter attentivement et de faire attention aux détails, d'ouvrir des espaces pour la souffrance particulière de chacun et de se parler.

Interstices : Comment penser les troubles de l'oralité chez les tout-petits ? Comment accompagner les situations où l'alimentation devient un point critique, sous la pression très forte des normes médicale comme la courbe de poids ?

Vessela Banova : Oui, cela me fait penser à l'allaitement au sein devient un signifiant-maître qui écrase. Je vais vous raconter quelque chose qui date de 2025. Malgré tous nos efforts, il y a encore en Bulgarie des maternités qui ne comprennent pas à quel point un bébé prématuré, ou un bébé né avec un problème, a besoin de sa mère.

Une jeune femme accouche d'un bébé à terme, qui pèse 1800 grammes ; il est mis dans une couveuse, séparé de la mère. Cette dernière a été invitée à rentrer chez elle et à recevoir des nouvelles de son bébé par téléphone. Elle désirait, elle, rester à l'hôpital pour pouvoir aller chaque midi parler à son bébé vingt minutes. Cette jeune femme a fait ça pendant dix-sept jours. Mais j'ai saisi que dix-sept jours sans pouvoir allaiter son bébé, c'était pénible pour elle. J'ai tenté d'alléger cette mère vis-à-vis de cette question de l'allaitement. Je lui ai dit : « Le plus important c'est que tu sois là, que tu rencontres ta petite et que tu lui parles. Peu importe si tu l'allaites ou pas ». Aujourd'hui sa fille a huit mois, c'est un bébé charmant, vivant. Sa mère a eu le courage d'aller chaque jour à midi lui parler pendant vingt minutes.

Sur le plan politique, quand on organisait à partir de l'année 2000 la dés-institutionnalisation, on s'imaginait qu'en construisant de nouvelles petites maisons avec des professionnels, on résoudreait le problème en se focalisant sur les besoins de l'enfant et en luttant contre l'anonymat des soins. Or, c'est ce qu'induisent aujourd'hui les protocoles et les normes. Dans la clinique, je peux l'appeler la clinique d'aliénation-séparation, on rencontre, en Bulgarie comme en France, des mères très bouleversées qui n'arrivent pas à parler. Et donc, les bébés présentent les mêmes symptômes de souffrance psychique que les bébés dans des maisons mère et enfant à l'époque. Mais finalement, heureusement, en Bulgarie, on n'est pas trop avancé et on n'a pas un protocole sur l'anorexie ! Faire

7. Daniel Roy est psychanalyste, membre de l'École de la Cause freudienne, de la New Lacanian School et de l'Association Mondiale de Psychanalyse et secrétaire général de l'Institut psychanalytique l'Enfant du Champ freudien.

des réformes avec des protocoles, des idéaux, sans l'appui clinique, on ne sait pas où ça peut nous amener !

Interstices : Cette parole à l'enfant implique en premier lieu le parent.

Vessela Banova : Je me souviens de l'un des cas difficiles de René Spitz avec une jeune mère qui ne peut pas parler à son bébé. Le bébé, pendant l'allaitement, tombe dans un coma. Il est très important que quelqu'un accueille la mère bouleversée autant que l'enfant, lui ouvre une place et la décharge de la satisfaction des besoins du bébé, pour que quelque chose puisse se tisser entre elle et le nourrisson. Il faut ce temps à chacun, sinon les sollicitations du bébé font trop, et deviennent comme menaçantes. Le nourrisson, en tant qu'il est absolument sensible, très vite peut réagir en refusant de se nourrir, être sujet aux vomissements ou perdre son tonus musculaire et arrêter de se mouvoir.

Le travail des psychologues et des travailleurs sociaux dans le domaine de la protection de l'enfance est compliqué, car ils ont régulièrement affaire à des enfants qui ne peuvent pas se séparer, parce qu'ils ne se sont pas aliénés à l'Autre.

Interstices : Pourriez-vous nous indiquer ce que votre formation d'analyste vous a apporté dans le cadre de la politique de l'Enfance bulgare ?

Vessela Banova : En 2007, il y a eu un scandale autour d'une institution pour enfants handicapés en Bulgarie. On s'est réunis à plusieurs associations et institutions gouvernementales pour fermer cette institution, mais en douceur et de manière réfléchie en prenant en compte prioritairement les enfants. C'est-à-dire que pendant trois ans, je suis allée régulièrement avec mon collègue pédiatre soutenir l'équipe et rencontrer les jeunes. J'y ai vu des enfants en souffrance psychique, non reconnue. Ils avalaient la nourriture comme pour se remplir, comme pour se donner un corps. Un pédopsychiatre avec son équipe a commencé à reconnaître la souffrance psychique, puis à donner des petits traitements. Des professionnels de l'UNICEF ont introduit une autre prise en charge, différente, qui compte la parole, la conversation, l'attention pour la souffrance psychique de chaque enfant. Au bout d'un an, on a commencé à faire sortir les jeunes qui ne quittaient jamais l'institution. Ainsi, on a traité les enfants autrement que par identification à leur handicap, ou à partir de leur diagnostic. Ce changement d'approche a eu des effets sur les enfants.

Interstices : Vous insistez sur l'importance de la parole auprès d'une mère, d'un enfant, mais aussi sur le soutien par la parole auprès des professionnels qui s'occupent des mères et des enfants en souffrance.

Vessela Banova : Depuis vingt-sept ans, c'est vraiment la *méthode* bulgare : ouvrir un espace pour soutenir la dimension de l'approche clinique dans le

social. C'est plus difficile dans le domaine de l'éducation et de la santé publique en Bulgarie.

Interstices : En tout cas, vous parliez des signifiants qui ont jalonné toutes ces rencontres. Celui d'*espace* paraît tout à fait important ?

Vessela Banova : Oui, tout à fait. À l'issue de nos rencontres avec les psychanalystes bordelais au sein du laboratoire « Grandir sans parents » (1998-2004), les professionnels bulgares ont décidé de fonder l'association *Enfant et espace*. Cette association gère neuf établissements sociaux qui accueillent des enfants handicapés, autistes, des enfants séparés de leurs familles. L'idée de cet espace est d'aider les professionnels à reconnaître le plus tôt possible la souffrance psychique en tant que telle, qu'elle ne glisse pas derrière la délinquance, ou le retard mental. Ce n'est pas facile de faire entendre au-delà de la souffrance psychique la dimension de l'inconscient et la position subjective à respecter, incluse dans le symptôme qui fait souffrance.

Plus tard, Bernard Seynhaeve⁸ nous a incités à former une équipe thérapeutique réunissant des spécialistes de tous les centres sociaux gérés par l'association. Lors des réunions de cette équipe, des cas sont présentés et la discussion s'oriente à partir de la psychanalyse lacanienne. Le bulletin de « Enfant et Espace », intitulé « De l'institutionnalisation à l'espace clinique de la rencontre », vient de paraître. Il présente des cas d'enfants issus d'institutions et d'enfants de familles en difficulté qui ont été discutés au sein de l'équipe thérapeutique.

On y est avec notre méthode, avec tout l'éventail des instruments signifiants qui provient de la psychanalyse lacanienne, très subtile, pour ne pas être seul quand on est face à une clinique, un réel qui est parfois très dur.

Interstices : Un grand merci chère Vessela Banova !

8. Bernard Seynhaeve est psychanalyste, membre de l'École de la Cause freudienne, de la New Lacanian School et de l'Association Mondiale de Psychanalyse. Il a dirigé le Courtil (institution de Belgique pour jeunes autistes) jusqu'en 2016. Il a été vice-président du CIEN de 2019 à 2021.

« Même un enfant non désiré peut, au nom de je ne sais quoi qui vient de ses premiers frémissements, être mieux accueilli plus tard. N'empêche que quelque chose gardera la marque de ce que le désir n'existait pas avant une certaine date ».
Jacques Lacan « Conférence à Genève sur le symptôme »,
Le Bloc-Notes de la psychanalyse, 1985, n° 5, p. 5-23.

Une offre d'hospitalité

Christine Marcepoil | LABORATOIRE « L'ENFANT ET SES PROFESSIONNELS », LYON.

Que se passe-t-il quand les parents ne peuvent pas incarner un Autre qui puisse accueillir leur enfant ? Comment ce petit sujet va-t-il se construire ? Qu'est-ce que l'institution peut lui offrir ? Ce sont les questions qui guident ma pratique de psychologue dans une pouponnière qui accueille des enfants de 0 à 3 ans confiés par l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette institution accueille des enfants séparés précocement de leurs parents : des enfants délaissés, parfois maltraités et souvent en situation de carence.

Daniel Roy, dans un article intitulé « L'hospitalité à l'enfant¹ » nous indique que l'accueil est une fonction éminente de la société des hommes : « En français, c'est un même mot qui désigne l'accueillant et l'accueilli : l'hôte. Loin d'indiquer des positions symétriques, cette ambiguïté accentue le fait que l'un et l'autre sont pris dans une structure, un lien qui les dépasse. »

Comment au sein d'une institution peut-on déployer cette notion d'hospitalité ? L'arrivée d'un nouvel enfant oblige les auxiliaires à inventer à chaque fois de nouvelles lois d'hospitalité. C'est un visiteur non invité dont on ne connaît rien ou presque, qui arrive, avec très peu de bagages, et dont on ne parle pas la langue...

Que va-t-il se passer au moment de la rencontre avec un enfant ? Que va-t-il faire vivre à chacun ? Qu'est-ce que l'institution peut offrir à un enfant séparé ? Un lieu et un lien, nous dit encore Daniel Roy, dans un article intitulé « Des souffrances particulières et des soins particularisés² ». Il va utiliser ces deux

1. Roy D., *Qui sont vos psychanalystes, Jacques Alain Miller et 84 amis*, Éditions du Seuil, Paris, 2022, p. 229.

2. Roy D., *Les marques de la différence*, recueil de textes du projet formateur Franco-bulgare « Grandir sans parents », Sofia, 2006.

termes pour définir l'espace de la rencontre : « Les véritables logis, ce sont la voix et le regard de l'autre, en tant qu'ils deviennent, pour le sujet, les portes et les fenêtres qui créent le monde, avant que sa propre voix et son propre regard ne deviennent portes et fenêtres qui ouvrent sur le monde. [...] Les portes de la voix de l'autre, qui s'ouvrent et se ferment, les fenêtres du regard de l'autre, qui le diffusent et le masquent, créent pour l'enfant un lieu où il peut se loger c'est-à-dire aussi se cacher⁹ ».

Concernant le lien, personne ne peut savoir ce que l'enfant va prélever chez l'autre mais l'équipe est particulièrement attentive aux sourires, à l'échange des regards, aux bras tendus, aux gazouillis des bébés, à la modulation de la voix lorsque l'on s'adresse aux tout petits.

Un petit garçon de huit mois a beaucoup questionné l'équipe. Il ne pleure pas, « il ne dit rien ». Il est calme et il « peut se faire oublier » remarque l'auxiliaire. Il ne se manifeste pas, sauf quand il a faim et alors, il s'agite beaucoup. Il se jette ensuite sur ses biberons et il fait parfois des « fausses routes », ou bien il régurgite. Puis le tableau évolue, un symptôme se dessine : lorsque les auxiliaires lui donnent à manger, il se met à pleurer, à crier entre chaque bouchée. Il ouvre la bouche et il semble avoir faim ; il accepte la cuillère mais il pleure. La prise du biberon devient également compliquée, il le refuse dans un premier temps, le repousse et il s'agite, mais il le boit quand même.

Par ailleurs, il ne joue pas, il déambule, très dispersé. Il va vers les professionnelles qui s'occupent de lui, mais il ne peut pas rester dans leurs bras. « Il n'est jamais bien là où il est » disent encore les auxiliaires. « Pendant les repas, il n'est pas là, c'est un calvaire » disent certaines... Malgré tout elles essaient des choses : elles lui chantent des chansons, elles évitent le regard direct, certaines lui parlent avec une voix douce. Le travail auprès d'enfants tout-petits confronte à de l'angoisse et, parfois, provoque du rejet. Je soutiens un décalage possible, et des pas de côté.

Comment opérer pour que la parole sur cet enfant puisse circuler pour que de nouvelles lois d'hospitalité puissent s'écrire ?

Faire une offre d'hospitalité, c'est dire « oui » à l'existence d'un enfant, là où les parents ne le peuvent pas. Il s'agit pour l'institution d'accueillir la singularité de chaque enfant, de chaque parent.

3. *Ibid.*, p. 22.

Il a fallu un an, pour que ce petit garçon arrête de pleurer entre chaque bouchée. La voix douce continue de l'apaiser. Il est aussi entré dans la demande, en tendant les bras et en acceptant les câlins. Il joue à se cacher et rit quand on le trouve. Il est désormais accueilli dans une famille d'accueil.

« La demande est en son fond demande d'amour »,
Lacan J., *Le séminaire, livre V, Les formations de l'inconscient*,
Paris, Seuil, 1998, p. 381.

L'objet oral chez le nourrisson à l'épreuve du réel

Fosca Ventrice | LABORATOIRE « ENTRE LES MAILLES DU FILET », LYON.

Jenny Aubry, médecin pédiatre des hôpitaux de Paris, s'intéressa au destin des très jeunes enfants séparés de leurs familles, lors de leur accueil au dépôt de l'Assistance publique dont elle était responsable. Son livre *Psychanalyse des enfants séparés, Études cliniques*¹ présente une série de cas d'enfants en détresse qui illustrent l'effet désastreux de la carence de soins maternels. Analysante de Lacan, elle s'est employée avec les spécialistes de l'époque, Maud Mannoni, Françoise Dolto, Rosine et Robert Lefort notamment, à s'occuper de ces enfants qui souffraient de problèmes psychiques et somatiques graves. Elle a soutenu avec ses collègues la nécessité pour eux qu'ils bénéficient d'un traitement par la parole, un travail de psychothérapie précoce, seul capable de les sauver de l'enfermement dans le silence et le néant.

Ces travaux avec les nourrissons prématurés intéressent ma pratique de clinicienne en service mère-enfant.

Un bébé né prématurément, est hospitalisé dans un contexte de placement d'urgence, sur fond de discours sociaux concernant lesdites compétences parentales et de l'hypothèse d'une pathologie génétique grave que l'hospitalisation permettra de diagnostiquer.

Dès son accueil dans l'unité médicale, le nourrisson souffre d'un encombrement respiratoire important, rendant l'alimentation orale difficile. Il bénéficie d'une nutrition par sonde nasogastrique, alors même que les parents rapportent des prises alimentaires orales possibles à domicile. L'enfant présente à l'hôpital une absence de réflexe de succion, complexifiant la lecture de la situation.

Il m'est confié, en accord avec le pédiatre, l'accompagnement des visites médiatisées ainsi que le lien avec la famille. Dans ces instants d'intimité (bain de l'enfant hypotonique, biberon), je veille à me faire discrète, laissant se déployer ce lien corporel entre la mère et son enfant.

1. Aubry J., *Psychanalyse des enfants séparés, Études cliniques (1952-1986)*, Flammarion, 2010.

Là où l'oralité échoue, un autre bord du corps est ainsi investi. On peut y lire une première tentative de nouage symbolique, tandis que l'objet oral demeure, dans un premier temps, captif du registre médical et technique.

Lorsque le réel de la maladie de l'enfant se fait plus insistant, la présence du père se raréfie.

Progressivement, un déplacement s'opère autour de l'oralité. En proposant que les visites aient lieu pendant les temps de biberon, et en soutenant la mère dans ses essais -choix des tétines, ajustement du rythme- l'objet nourriture cesse d'être uniquement une réponse au besoin biologique pour devenir un objet adressé. L'enfant reprend alors progressivement l'alimentation orale, aussi bien avec sa mère qu'avec l'équipe soignante.

Cette évolution permet d'entendre, avec le docteur Jacques Lacan², que le besoin ne suffit pas : c'est la demande adressée à l'Autre qui ouvre la possibilité d'une satisfaction, distincte de la simple ingestion. Dans cette articulation précaire entre besoin, demande et satisfaction, quelque chose du désir peut trouver à s'esquisser.

La mère, très présente, interroge l'avenir de son fils sans se dérober au réel de la gravité de la maladie génétique dont il est atteint. Le père, lui, se détourne de son enfant.

L'ajustement de la visite médiatisée a fait place à l'objet oral, un temps soustrait à la pure logique du soin. Il a ainsi retrouvé une valeur symbolique minimale, permettant qu'un lien s'établisse et que le sujet puisse advenir.

2. Lacan J., Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet, Paris, Seuil, 1994.

« [...] aussi bien la tétine par exemple, le biberon, [...] présentera la fonction de cet objet oral d'une façon qui mérite d'être spécifiée, structurellement comme étant là, la cause du désir ».
Lacan J., *Le séminaire livre XIII, L'objet de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 2026, p. 367.

Contourner l'impasse d'un diagnostic pour tous – Vers le diagnostic sur mesure d'une phobie alimentaire

Agnès Vigné-Camus | PRESIDENTE DU CIEN

Comme le soulignait Sébastien Ponnou, il y a une impasse à réduire un symptôme à un diagnostic¹. Un enfant est, en effet, un enfant de la langue qui l'a bercé et nourri, tout comme le lait qu'il a absorbé. En cela, le petit d'homme est sujet des discours dans lesquels est pris son corps avec ses affects, son angoisse, ses symptômes. Démonstrons-le avec le cas d'un nourrisson, auquel on aurait pu diagnostiquer un trouble du comportement alimentaire (TCA), voire même une phobie alimentaire qui a fait l'objet d'un article de Pierre Malengreau².

Cet enfant, âgé de deux ans et demi, était pris en charge par une équipe composée de médecins, de psychologues, d'infirmières et d'éducateurs. L'enfant refusait de s'alimenter et allait même jusqu'à tenter de jeter l'assiette au loin, comme s'il était effrayé. L'équipe opéra en trois temps. Temps 1, les intervenants s'intéressent à ce qu'il y a dans l'assiette de Jonas. Ils nomment les aliments et en comparent les saveurs. L'enfant énonce alors une succession de mots d'un abord énigmatique : « Manger-celle-salade-celle-serpent. ». Second temps : isoler dans cette succession de phonèmes le signifiant « serpent », signifiant qui pouvait indiquer une phobie naissante, « Salade, c'est le serpent ». A une succession de sons, était substitué un sens. L'enfant avait peur de l'assiette parce que, comme il l'énonçait, elle contenait un serpent.

Les repas de Jonas avaient lieu en tête à tête avec sa mère angoissée à l'idée que l'assiette ne contienne pas la totalité des vitamines nécessaires selon elle. Il y avait là un réel qui se présentait à l'insu de la mère et de l'enfant. Notons que

1. Ponnou S., « TND versus clinique du sujet », *Quarto*, n° 140, *Lituratterir*, p 58-60.

2. Nous avons extrait ce témoignage d'un article de Malengreau P., « Se servir du père », *La Petite Girafe*, n° 24 – Se faire sa famille, pp. 25-36.

Jonas fait réponse à ce réel par une trouvaille signifiante : la phobie du serpent. On appellerait ça aujourd'hui, une phobie alimentaire et un comportement étiqueté comme « trouble de l'alimentation évitante et sélective » défini dans le DSM V depuis 2013.

Troisième temps : opérer une rupture avec le sens du mot serpent. Tout en continuant à nommer et à dessiner un serpent, une intervenante va plutôt jouer sur le phonème « c'est le, sel, sssééélll. » Un jeu s'engage alors avec l'enfant qui se met à jouer avec le nom propre des intervenants, ce qui le fait beaucoup rire. Les intervenants plaisantent avec lui : « ton estomac fait des non, des noms, des nœuds ».

Un constat est fait : le symptôme phobique disparaît, ce que l'auteur explique : l'enfant a pu occuper une nouvelle position. Il est passé de la position d'une bouche à nourrir à celle d'un enfant désormais sujet de ce qu'il allait manger. Il choisit et opère une subversion du « pas manger du tout » à « ne pas tout manger ».

Cet effet thérapeutique, a pu avoir lieu par la grâce du transfert, une rencontre chaque fois singulière, par laquelle un enfant peut adresser quelque chose de son symptôme à un partenaire. Langue et transfert sont indissociables car c'est dans la langue de l'Autre, médiatisée par un corps parlant qui lui a donné les premiers soins, que l'enfant peut trouver une prise dans le monde et devenir un sujet de discours. On notera ici les effets de circulation dans la langue : de la valeur d'échange d'un signifiant-maître qui organise le monde de Jonas, celui de la phobie pour parer à l'angoisse – à la valeur d'usage d'un signifiant dont les mises en œuvre seront moins coûteuses pour lui. Cette vignette clinique indique quels sont les pouvoirs de la parole, au-delà du diagnostic et montre combien il serait dommage de s'en passer plutôt que de s'en servir.

TRIBUNE

Interstices ouvre à ses lectrices et lecteurs le débat de la tribune et du Sénat qui s'est ouvert au sein de l'École de la Cause freudienne dès l'amendement 159 en novembre 2025, le projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 385 visant à intégrer les centres experts en santé mentale dans le code de la santé public et l'annonce de la Haute autorité de santé le 16 février 2026 indiquant que la psychanalyse n'est pas une pratique recommandée pour l'autisme.

Deux textes ont été extraits, le premier s'inscrit dans la suite d'Interstices n° 7 « Avale ton médicament ! » Le second est une question de Daniel Roy, responsable de l'Institut de l'Enfant du Champ freudien à l'HAS. Chacun est susceptible de parler ou d'éclairer les pratiques des professionnels de terrain. Ces débats sont en cours et nous concernent ! L'Institut de l'Enfant propose de recueillir l'expérience de praticiens confrontés aux nouveaux dispositifs de dépistage des TND, à vos plumes !

Avalez la pilule-elle est en promo !

Xavier Gommichon

Le président américain Donald Trump a annoncé, le 5 février dernier, la création de *Trump Rx*, un site à son nom pour « acheter des médicaments beaucoup moins chers » (1). Cette plateforme est présentée comme une réponse à la flambée des prix des médicaments aux États-Unis, où les médicaments sont jusqu'à deux fois plus chers que dans les pays de l'OCDE (2) détenteurs d'une régulation nationale.

L'expérimenté promoteur immobilier met en avant son art du *deal*, qui est à lire à plusieurs niveaux car, comme il l'a montré, il a plus d'un tour dans son sac.

L'art du *deal*

D. Trump prétend pourfendre l'industrie mondiale du médicament : « *Thanks to President Trump, the days of Big Pharma price-gouging are over* » (« Grâce au président Trump, l'époque où les grandes entreprises pharmaceutiques pratiquaient des prix abusifs est révolue »), clame une bannière dès l'accès au site, avec les noms de molécules et marques stars du traitement de l'infertilité masculine et de l'obésité.

Le message politique se veut celui d'un exécutif soucieux de la base la plus défavorisée de ses électeurs. Cette promotion du traitement médicamenteux de l'obésité, largement utilisé aux États-Unis, où la maladie touche 208 millions de personnes en 2024, fait fi des études sur l'usage de l'agoniste du GLP-1, mettant

en garde contre les risques accrus de carences et de pancréatites aiguës secondaires (3).

Cette campagne promotionnelle fourre-tout rend-elle dès lors un généreux service aux plus démunis ? Servirait-elle en fait l'élargissement de la clientèle de Big Pharma, qui fabrique et vend ces traitements, à un nouveau segment de marché moins fortuné ? L'enjeu serait-il aussi l'élargissement de la notoriété d'un nom ? *Deal!*

Instrumentalisation politique de la santé

Le caractère inhabituel de cette annonce n'est pas que la politique s'intéresse à la santé, mais qu'elle s'en empare en parlant au nom de la science, sans en respecter les règles.

Ni la marchandisation de la santé ni son instrumentalisation politique ne sont des phénomènes tout à fait nouveaux. Michel Foucault le premier a montré, dans son cours au Collège de France *Naissance de la biopolitique* en 1978-1979, comment la rationalité politique néolibérale transforme la santé en problème de gestion et non de soins.

Dans *The Medicalization of Society* paru en 2007, le sociologue de la médecine Peter Conrad soutient que l'impact des professionnels de la santé sur la médicalisation a diminué. En lieu et place de ces professionnels, les industries pharmaceutiques et biotechniques, les compagnies d'assurance et le patient – qui s'informe facilement grâce à l'intelligence artificielle – en tant que consommateur sont devenus les principales forces de la médicalisation.

Immixtion du politique dans le médical

Ceci ramène au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en France et au débat actuel sur l'usage du méthylphénidate, médicament (Ritaline entre autres) présenté actuellement comme son traitement principal. Cela prolonge cette interrogation sur l'immixtion du politique dans le médical.

Au lendemain de la publication de sa recommandation de bonnes pratiques sur les TND et le TDAH chez l'enfant, en septembre 2024, la Haute Autorité de santé (HAS) « recommande d'élargir aux médecins généralistes la prise en charge des enfants ayant un TDAH, y compris pour le diagnostic et la primo prescription (4) ».

Cette initiative, qui pousse à toujours plus de prescriptions médicamenteuses, vise principalement le contournement des acteurs historiques de la psychiatrie

de l'enfant (pédopsychiatres, psychiatres, psychologues) « pour réduire les délais d'accès aux soins ».

De l'art à la française

Avec le même aplomb, le Dr Étienne Pot, ancien médecin de santé publique et délégué interministériel à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement, souligne avec regrets : « Les médicaments tels que le méthylphénidate ne sont recommandés qu'en cas d'échec d'un certain nombre de mesures d'accompagnement chez l'enfant de plus de 6 ans (5) ». Remet-il en cause l'accompagnement prévu, en effet, pour ces enfants agités par quelque chose qui est, pour chacun, particulièrement difficile à formuler ? Préfèrerait-il que la prescription de ce médicament soit autorisée sans le moindre accompagnement ? ou bien qu'elle soit autorisée avant l'âge de 6 ans ? É. Pot affirme ensuite : « ces molécules sont aujourd'hui insuffisamment prescrites dans notre pays, justifiant [selon lui] une réflexion sur *l'élargissement* de la primo-prescription à d'autres spécialités que les psychiatres ».

Pour *élargir* le marché de cette amphétamine, les leviers de promotion sont excellents. L'art du *deal* ne serait-il pas le seul apanage des promoteurs immobiliers ?

Mais comment ça marche ?

Pourtant, cette inflation du diagnostic de TDAH et de la prescription de méthylphénidate dans le monde, et particulièrement en France, est sous le feu des critiques depuis plusieurs années. Une étude publiée par un chercheur de l'université de Rouen-Normandie était commentée en 2020 dans le journal *Libération*, indiquant que « les enfants atteints de TDAH sont 17 fois moins nombreux que ne le disent les discours officiels (6) ».

Plus récemment, dans un article très documenté du *New York Times*, le journaliste Paul Tough interroge des spécialistes sur le syndrome clinique dit TDAH qui, après plus de trente années d'études aux États-Unis, ne fait pas l'unanimité. Ce syndrome a une croissance exponentielle que n'explique aucune théorie médicale ni aucun biomarqueur et se trouve associé à un traitement dont on ne sait rien du mécanisme d'effet (6).

Soyez tranquille !

En revanche, sur les traitements de méthylphénidate, un seul point fait consensus : le décalage entre des effets parfois impressionnants sur le

comportement et les effets minimes sur la réussite ou les apprentissages scolaires (7).

Alors quel serait le message politique porté par une telle démarche en faveur de *l'élargissement* des prescriptions ? Les lectures peuvent être multiples. Que les enfants se tiennent tranquilles. Big Pharma sera tranquille aussi. Et nous pourrions écouter tranquillement d'autres promoteurs tels que Trump.

(1) Cf. Huffpost & AFP, « Donald Trump lance TrumpRx, un site à son nom pour acheter des médicaments beaucoup moins chers », *Huffpost*, 6 février 2026, [disponible sur internet](#). Le site: trumprix.gov

(2) Organisation de coopération et de développement économiques dont les pays membres ont en une économie de marché.

(3) Cf. Baraniuk C., « GLP-1 drugs: New Warning After Rise in Reported Deaths from Pancreatitis », *The BMJ*, 30 janvier 2026, [disponible sur internet](#).

(4) Delepaut A., «TDAH: cap sur la formation des généralistes », *Le Quotidien du médecin*, 18 octobre 2024, [disponible sur internet](#).

(5) Pot É., «Structuration du parcours de soin de l'enfant à l'adulte», intervention au colloque *Quelles recommandations pour le TDAH ?*, 12 juin 2024, [disponible sur YouTube](#) et sur le [site tdah-France.fr](http://tdah-france.fr).

(6) Cf. Tough P., « Have We Been Thinking About A.D.H.D. All Wrong?», *New York Times*, 13 avril 2025, [disponible sur internet](#).

(7) Cf. *ibid.*, cité par Naït Mazi M. & Denis P., « Diagnostiquer et traiter un tdah en pédopsychiatrie. Vers un changement de perspective outre-Atlantique?», *Le Carnet Psy*, n°281, 7 juillet 2025, [disponible sur internet](#): « bien que les effets comportementaux “problématiques” puissent être rapidement corrigés de manière spectaculaire grâce à la médication, la capacité réelle d'apprentissage et de résolution de problèmes ne semble pas améliorée. Ces observations, issues de l'étude MTA [Multimodal Treatment of ADHD Study, menée par le National Institute of Mental Health], sont corroborées par d'autres recherches récentes (Bowman & Coghill, 2023; William Pelham Jr, 2022). Par conséquent, le méthylphénidate ne semble pas améliorer les capacités cognitives ni les performances académiques, comme cela est souvent supposé »; « Après trois ans de traitement, les symptômes du TDAH ne montrent pas d'amélioration significative [...] et les effets secondaires incluent un retard de croissance qui ne se récupère pas à l'adolescence après l'arrêt du traitement ».

Question à la HAS

Daniel Roy

En regard des recommandations de la HAS et de la place qui y est faite à la psychanalyse, soulignons que la psychanalyse ne s'est jamais présentée comme une « méthode de traitement » de l'autisme, au sens des techniques, méthodes ou programmes auxquels elle est associée dans ce texte. Si elle est une méthode, ce serait au sens philosophique, celui du *Discours de la méthode* de Descartes.

La psychanalyse est une formation personnelle pour nombre de soignants qui accompagnent des enfants, adolescents et adultes souffrant de difficultés majeures du rapport aux autres et/ou au corps propre, au point que la famille qui

s'en occupe se trouve démunie, comme d'ailleurs la plupart des institutions. Certaines structures de soins, que ces soignants ont souvent contribué à mettre en place, accueillent ces sujets autistes – souvent rejetés de l'école, mais aussi, disons-le, d'institutions appliquant exclusivement les méthodes comportementales recommandées par la HAS.

Qu'attaque la HAS ?

Concernant l'autisme infantile, les psychanalystes ont toujours prôné un abord clinique qui tient compte des symptômes singuliers de chaque sujet, qui respecte ses défenses initiales, pour prendre appui sur les ressources qu'elles proposent, sans vouloir soumettre les enfants à une rééducation formatée.

Dans cette perspective, ces praticiens accompagnent et soutiennent quotidiennement toutes les initiatives qui offrent aux enfants des ouvertures vers un lien social plus supportable, tout en tenant compte de l'angoisse que suscite souvent chez eux toute situation nouvelle. Ils sont au côté des parents pour partager ces initiatives, tout en rappelant que cet échange repose sur l'établissement d'une relation de confiance et ne se décrète pas par des « recommandations » de bonnes pratiques.

La HAS outrepassa sa fonction

Dans ses recommandations pour l'autisme, la HAS outrepassa sa fonction d'assurer aux enfants et à leurs parents que les soins et les accompagnements qui leur sont proposés par les soignants et les équipes accueillant leur enfant le soient dans le respect des « règles de l'art » de la profession à laquelle ils ont été formés et à laquelle ils continuent à se former.

En conséquence, nous estimons que la psychanalyse n'est aucunement à sa place dans la liste des « méthodes non recommandées », et doit en être extraite.

En effet, la psychanalyse doit être estimée à la place qui est la sienne depuis Freud, celle d'une discipline de parole qui accueille la singularité de chacun et la considère comme au cœur des ressources sur lesquelles chaque sujet, autiste ou non, peut trouver un appui pour prendre place dans notre monde humain partagé.

Quant aux « autres interventions basées sur des approches psychanalytiques », elles sont de la responsabilité de plusieurs générations de praticiens engagés

depuis plus de quarante ans et jusqu'à aujourd'hui auprès des enfants autistes et de leurs parents.

La HAS a-t-elle pris soin de solliciter ces professionnels et ces autistes ou leurs familles pour les entendre sur la réalité de leurs pratiques et sur l'appréciation desdits « usagers » concernant ces interventions avec eux ? Nous sommes en droit de nous poser la question. Rien n'en témoigne. Aussi nous revient-il d'en témoigner publiquement.

EVENEMENTS

56^{ES} JOURNÉES DE L'ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE

Le sentiment de la vie

7 & 8 novembre 2026

Palais des Congrès de Paris

ECF.
ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE

Renseignements – contact@causefreudienne.org
Site – www.causefreudienne.org
Page web – journees.causefreudienne.org
33 (0)1 45 49 02 68

[f](#) [YouTube](#) [Instagram](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Jean-Louis Levanonberg - Paris - Hôtel Marmon
Mars 2026 - Paris

ÉQUIPE DE RÉDACTION

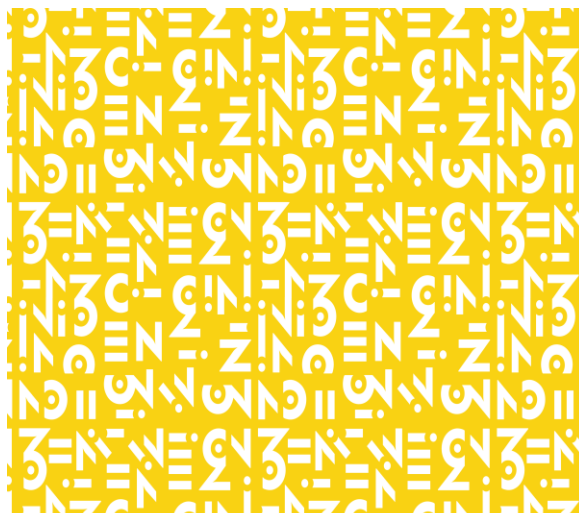
Marie-Cécile Marty,

Raphaëlle Béraud, Catherine Le Touzo,
Fosca Ventrice.

CONSEILS

Agnès Vigué-Camus,

Claire Brisson, Isabelle Caillault,
Adriana Campos, Baptiste Cosson.



CONTRIBUTION

Publications du **CiEN**

Chacun est invité à contribuer aux rubriques du bulletin électronique des laboratoires du CiEN francophone, interstices en adressant des textes à secretariat.cien@gmail.com).

- 4500 signes maximum
- Format WORD
- Times New Roman 12
- Nom & prénom
- Son laboratoire
- Son adresse électronique

Abonnement

Interstices est diffusé gratuitement sur simple demande, par mail, à l'adresse de diffusion du CIEN : secretariat.cien@gmail.com