

MISSONNIER S., BOIGE N., (1998), L'encoprésie de l'enfant, une réévaluation du concept et du traitement in *Psychiatrie de l'enfant*, XLI, 1, 87-161

L'ENCOPRESIE DE L'ENFANT
Une réévaluation bidisciplinaire du concept et du traitement

Sylvain MISSONNIER*, Nathalie BOIGE**

"La psychosomatique de l'enfant, lieu de rencontre entre la pédiatrie et la psychanalyse, résulte d'un parcours qui n'est simple ni pour le pédiatre à la découverte du psychisme de l'enfant malade, ni pour le psychanalyste soumis à des révisions nécessaires s'il veut inclure les pathologies somatiques dans le champ de sa réflexion et de ses activités".

L. Kreisler, L'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique in *Revue française de psychosomatique*, 6/1994, PUF, p.120.

I INTRODUCTION

a) Secret, excréter, sacré

Evoquer les avatars de la fonction d'élimination et les excréments, c'est, même entre professionnels, braver la loi du silence, du refoulement qui règnent le plus souvent autour de ce sujet. En ce sens, on saisit mieux la représentation individuelle et collective de la notion d'excrément *-excretum-* en évoquant sa racine étymologique commune avec celle de secret *-secretum-*¹. L'excrétion physiologique et la mise au secret psychique sont deux "sécrétions" humaines dont la finalité est de séparer *-secretio-* : rejeter en dehors du corps "propre" un élément primitivement interne dans le premier cas, le soustraire au partage dans cet espace externe en le conservant en soi dans le deuxième. La résonance sémantique de ces deux registres reflète une dialectique en étayage qui fonde, selon nous, le fil rouge psychosomatique de notre propos sur l'encoprésie.

Dans de très nombreuses cultures², les excréments offrent un support métaphorique de prédilection à l'impur, au désordre, au négatif exécré de la civilisation. Le *κακα* signifie en grec les "mauvaises choses"³. En occident chrétien, ce sont les esprits nuisibles, les forces du mal et le diable qui

* Psychologue, ** Gastro-pédiatre, Service de pédiatrie du Centre hospitalier de Versailles (Dr P. Foucaud)

¹Lemaire J.G., Secret et intimité in *Dialogue*, 1995, 3 trimestre, p.95-105

²Gaignebet C., Perier M.C., L'homme et l'excretum in *Histoire des Moeurs*, Encyclopédie de la Pléiade, Gallimard, 1990

³ Célérier M.C. (1995), La M... in *Champ psychosomatique* 1, 55-69

habitent électivement les excréments et leurs représentations directes et connexes. L'une de ces dernières, l'exécration, qui renvoie à l'imprécation d'une malédiction traduisant une haine violente, opère une riche métaphorisation : elle nous invite à ne pas dissocier l'évacuation anale de l'expression (*ex premere* : presser dehors) dont le sujet sera l'émetteur ou le récepteur.

Pour ne pas isoler de leur contexte structural ces stratégies d'exclusion ou de marginalisation de l'exécrable interne et externe, c'est bien sûr en terme bipolaire qu'il faut envisager cette dynamique psychique individuelle et culturelle. De fait, la polysémie de l'excrémentiel trouve sa cohérence dans une logique commémorative d'un renversement éducatif et civilisateur où le magnétisme fétichiste de cet objet, originellement partiel, induit défensivement son statut secondaire d' "intouchable". Globalement donc, les deux triptyques ordre/propriété/sacré et désordre/excrément/profane "ne se définissent rigoureusement que l'un par rapport à l'autre"⁴. L'homéostasie de cette dualité humaine est féconde, car l'ordre sans faille, c'est aussi "la stabilité, la mort à long terme. Le désordre, lui, est chargé de vitalité : son pouvoir implique danger"⁵.

C'est en apprenti-sorcier⁶ que se confronte l'enfant encoprétique à ce danger et c'est pour l'accompagner à en exprimer la potentialité vitale que les professionnels doivent oser revendiquer le bénéfique thérapeutique d'une commune transgression exploratoire. C'est elle, la voie privilégiée pour tenter de répondre à la souffrance des parents, blessés d'être de mauvais éducateurs/civilisateurs, et, à celle des jeunes patients, dans l'inconfort d'être des rebelles à l'ordre établi. Les encoprétiques sont prisonniers de leur symptôme, une véritable chienlit (*chier en lit*), dont le dictionnaire⁷ nous rappelle le sens premier de "masque de carnaval, de déguisement grotesque" et secondairement, par analogie, de désordre.

b) Qui soigne aujourd'hui l'enfant encoprétique ?

Selon l'idéologie du médecin traitant, ou sur des arguments cliniques, l'enfant encoprétique peut être adressé en consultation spécialisée à un pédiatre, un gastro-pédiatre (thérapeutes du "corps"), ou à un psychologue, un pédopsychiatre (thérapeutes de la "psyché").

Ce qui semble souvent réunir ces différents professionnels, au delà de la spécificité de leur formation et de leur approche, c'est leur commune aversion de ce symptôme mais aussi, paradoxalement, leur lutte territoriale pour en posséder sans partage le monopole étiologique et thérapeutique.

⁴Caillois R. , L'homme et le sacré, Gallimard, 1950

⁵Gaignebet C., Perier M.C., opus cité

⁶C. Vidailhet, A. Morali, Prise en charge de l'enfant encoprétique in *Medecine et enfance*, Octobre 1991, p. 296

⁷Le nouveau Petit Robert, 1995, p.365

L'expérience nous montre que *certain*s enfants encoprétiques peuvent être guéris par le seul gastro-pédiatre, psychologue ou psychiatre. Cependant, nous sommes régulièrement confrontés aux limites d'une prise en charge singulière du problème : le somaticien reçoit des enfants qui ne sont pas débarrassés de ce symptôme invalidant après plusieurs années de psychothérapie. A l'inverse, le projet thérapeutique du (gastro)pédiatre peut se révéler inadapté ou mis en échec par scotomisation de facteurs étiologiques psychologiques sous-jacents. Dans d'autres cas, le symptôme peut être gommé par une action mécanique rapide avec une guérison factice, laissant en place la souffrance psychique qui peut s'exprimer par un déplacement du symptôme ou une rechute. On a alors l'impression d'avoir soigné le symptôme seul, ou la partie émergée de l'iceberg.

L'objectif de ce travail est double. Nous souhaitons présenter les éclairages respectifs gastro-pédiatrique et psychopathologique de l'encoprésie et en illustrer la synergie clinique et théorique spécifique en témoignant d'une collaboration bidisciplinaire dans le cadre d'une consultation d'un service de pédiatrie.

Pour mener à bien ce projet, nous allons suivre le plan suivant. Dans un premier temps, à partir de trois définitions psychiatriques et d'observations générales pédiatriques, nous proposerons notre délimitation du symptôme. Ensuite, nous aborderons la genèse épistémologique de l'encoprésie, à la croisée de la littérature gastroentérologique et psychanalytique. L'état des lieux actuel sera décrit successivement avec l'éclairage gastro-pédiatrique puis psychosomatique. Après le rappel des repères structuraux disponibles dans les travaux francophones, nous soumettrons au lecteur notre cadre psychopathologique. En l'illustrant par deux cas cliniques, nous témoignerons de notre protocole clinique. Nous détaillerons ainsi la formalisation et la complémentarité des consultations gastropédiatriques et psychologiques. Enfin, à partir de cette collaboration autour de l'encoprésie, nous ébaucherons une réflexion sur les modalités et la pertinence thérapeutique de cet abord bidisciplinaire.

II DEFINITIONS ET RAPPELS GENERAUX

Dans la partie Pédopsychiatrique de l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale* (1982), l'encoprésie est définie par P. Debray-Ritzen et B. Golse comme "une inconduite sphinctérienne anale se manifestant par des défécations plus ou moins involontaires chez des enfants de plus de trois ans, en l'absence de toute cause d'incontinence (par lésion ou anomalie de la région recto-anale ou par atteinte des centres et voies nerveux en jeu dans l'automatisme défécatoire)".

Dans la *Classification Française de Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent* (Mises et coll., 1990), l'encoprésie, rangée dans les "affections psychosomatiques" englobe "les troubles caractérisés par l'émission répétée volontaire ou involontaire, de selles de consistance normale ou presque

normale, dans des conditions inappropriées, que ces troubles surviennent avant ou après l'acquisition de la propreté".

Enfin, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV*, l'encoprésie correspond à des "émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés, (par ex. dans les vêtements ou sur le sol), qu'elles soient involontaires ou délibérées. Le comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins trois mois. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 4 ans (ou un niveau de développement équivalent). Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. laxatifs) ni à une affection médicale générale, si ce n'est par un mécanisme entraînant une constipation. Dans le codage, le DSM IV distingue :

- encoprésie avec constipation et incontinence par débordement
- encoprésie sans constipation ni incontinence par débordement.

Toutes ces définitions excluent les pathologies organiques : malformations anorectales et maladie de Hirschsprung opérées mais aussi les déficiences mentales pour la troisième. L'âge limite pour parler d'encoprésie est de 3 et 4 ans dans la 1^o et la 3^o définition.

Au delà de ces tableaux où l'encoprésie, en tant que pathologie fonctionnelle, s'impose comme l'élément sémiologique majeur justifiant cet intitulé nosographique, il n'est pas rare d'observer des *comportements encoprétiques* chez des enfants opérés de malformations congénitales anorectales ou de maladie de Hirschsprung. Ceux-ci peuvent également exister dans divers tableaux pédo-psychiatriques pouvant éventuellement inclure une déficience mentale.

Le taux de prévalence de l'encoprésie est estimé à 1 à 2 % de la population pédiatrique, avec une prédominance masculine de 3 à 4 pour 1 (Thapar *et coll.* 1992)⁸, (Loening-Baucke, 1993⁹) (Vidailhet, 1991)¹⁰. Cette prévalence émane de centres de médecine préventive, et elle est probablement sous-estimée car le symptôme n'est pas toujours spontanément signalé dans la consultation de pédiatrie générale.

L'encoprésie peut être primaire ou secondaire. L'encoprésie est observée dans tous les milieux sociaux, chez des enfants de tous niveaux intellectuels.

L'âge de consultation pour encoprésie se situe le plus souvent entre 3 et 11 ans. Dans une étude française récente¹¹, l'âge moyen de l'enfant lors de la

⁸Thapar A. , Davies G., Jones T., Rivett M. Treatment of childhood encopresis - a review. *Child : care, health and development.* 1992, 18 : 343-53

⁹Loening-Baucke V. Chronic Constipation in Children. *Gastroenterology*, 1993, 105:1557-64

¹⁰C. Vidailhet, A. Morali, Prise en charge de l'enfant encoprétique in *Medecine et enfance*, Octobre 1991

¹¹ Boige N., Missonnier S. (1997) *Enquête sur l'encoprésie au sein du groupe francophone d'hépatogastro-entérologie et nutrition pédiatriques*, Communication au Congrès du Groupe Francophone d'Hépatogastro-Entérologie et Nutrition Pédiatriques de Pise, 20-22 mars 1997

première consultation pour encoprésie est de 6.4 ans et elle est primaire dans 40.7% des cas.

III GENESE EPISTEMOLOGIQUE DE L'ENCOPRESIE

a) fondations médicales

Le premier mémoire sur "*Incontinence of faeces in children*" est écrit en 1882 par un pédiatre Britannique, G.B. Fowler¹².

En 1889, E. Henoch¹³, pédiatre Berlinois célèbre pour sa description du purpura rhumatoïde, décrit dans son traité de pédiatrie la façon dont il a traité avec succès un enfant encoprétiq ue de 8 ans, au moyen d'une injection sous-cutanée d'ergotine au voisinage de l'an us; chez d'autres patients, en cas de rechute, il réitère l'injection avec de l'eau distillée.

S. Weissenberg¹⁴, dans "Über Enkopresis" utilise pour la première fois en 1926 le terme d'encoprésie.

A.B. Marfan¹⁵, maître de la pédiatrie française, publie dans *La Presse Médicale* en 1936 un article intitulé "La défécation involontaire des écoliers", où il fait une description sémiologique fine du symptôme : celui-ci atteint le plus souvent des garçons de 7 à 14 ans, il ne s'accompagne pas de perte des urines, survient uniquement pendant la journée, débute avec l'âge scolaire et disparaît avec la puberté, il est exceptionnel chez les internes. L'anomalie est distincte de l'incontinence neurologique ou épileptique, et survient chez des enfants émotifs ou impulsifs, toujours humiliés par leur trouble. Elle traduit une hyperesthésie de la muqueuse responsable d'une hypercontractilité abdomino-intestinale forçant un sphincter faible. Si la description est cliniquement relativement pertinente, elle ne l'est pas dans les registres physiopathologique et psychopathologique : l'auteur conseille sur le plan étiologique de rechercher une syphilis congénitale et de la traiter même si on ne la trouve pas.

A la lecture de ces textes pédiatriques fondateurs et en particulier des plus récents, on est frappé par leur méconnaissance des découvertes psychanalytiques contemporaines. Ceci préfigure le clivage entre les deux disciplines qui se maintiendra, au sujet de l'encoprésie, jusque dans les années 1970 en France.

b) un apport littéraire

¹²Fowler G. B; Incontinence of faeces in children. *Am. J. Obst. Dis. Women and Children*, 15, 984, 1882.

¹³ Henoch E.: *Lectures on Children's Diseases: A Handbook for Practitioners and Students*. (translated from the Fourth German edition by John Thomson). London: New Sydenham Society, vol.2, pp. 180-181, 1889.

¹⁴Weissenberg S. Über Enkopresis. *Z. Kinderpsychiatrie*, 4:674-77, 1926

¹⁵Marfan A. B. La défécation involontaire des écoliers. *La Presse Médicale*, 1, 2, 1934.

En 1894, Jules Renard, qualifié par sa mère de "chieur d'encre"¹⁶, décrit magistralement dans *Poil de carotte* un cas d'encoprésie. Il nous introduit même à la physiopathologie du symptôme, en nous décrivant la rétention, l'accumulation de selles jusqu'à l'accident final qui entraîne la honte de l'enfant, et le sadisme de sa mère. Il dira dans son Journal : "Il faut tout dire. Quand on a bien envie, et qu'on peut - enfin! - mettre son derrière sur la lunette, c'est une joie d'attendre encore un peu."¹⁷

c) fondations psychanalytiques

Pour cerner cette source fondamentale, nous allons évoquer brièvement les travaux princeps de S. Freud¹⁸ puis ceux de S. Ferenczi¹⁹, K. Abraham²⁰, A. Freud²¹ et D.W. Winnicott²². Un éclairage contemporain sera donné ultérieurement dans l'approche psychosomatique de l'encoprésie.

Ces auteurs n'utilisent pas le terme d'encoprésie -qui n'apparaît donc pour la première fois qu'en 1925 en milieu pédiatrique- mais s'intéressent, dans le cadre de l'étude de la sexualité infantile pré-génitale, à l'érotisme anal et à l'apprentissage de la propreté. Les notions capitales dont nous sommes redevables à la psychanalyse pour notre sujet sont essentiellement celles d'auto-érotisme/narcissisme²³, de relation d'objet, de stades pré-génitaux (oral et anal) et de fixation.

¹⁶Tridon P. , Propos introductifs à la séance du 20 novembre 1982 de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent in *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1983, 31 (4), p.193

¹⁷Jules Renard. Journal. 14 Avril 1899.

¹⁸*Trois essais sur la sexualité (1905)*, Gallimard,1962; Caractère et érotisme anal (1908) in *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1985; La disposition à la névrose obsessionnelle (1913) in *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1985; Sur les transpositions des pulsions in *La vie sexuelle*, PUF, 1969; L'homme aux loups (1918) in *Cinq psychanalyses*, PUF, 1966

¹⁹Les degrés de l'évolution du sens de la réalité (1913), Ontogenèse de l'intérêt pour l'argent (1914) L'adaptation de la famille à l'enfant (1927), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant (1933) in *Psychanalyse I, II, III, IV*, Oeuvres complètes, Payot 1982

²⁰Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles psychiques (1924) in *Oeuvres Complètes*, I et II, Payot, 1965,1966

²¹Freud A. , *Le normal et le pathologique*, Gallimard, 1968

²²Winnicott D.W., La préoccupation maternelle primaire (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969, p.168-174; *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975,

²³Dans un premier temps (*Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905; *Pour introduire le Narcissisme*, 1914), Freud a considéré l'auto-érotisme comme la préhistoire du narcissisme : les pulsions partielles auto-érotiques qui existent dès l'origine ne convergent pas encore vers un moi unifié. Secondairement (*Pulsions et destins des pulsions*, 1915, *Introduction à la psychanalyse*, 1916), la distinction entre auto-érotisme et narcissisme primaire est supprimée : l'auto-érotisme est "l'activité sexuelle du stade narcissique" 1916, p.445. Même si dans notre article nous utiliserons cette commode analogie plus tardive entre les deux notions, il paraît cliniquement intéressant de garder en mémoire pour notre sujet l'idée d'une maturation objectale correspondant au passage d'un auto-érotisme "anarchique" (Laplanche J., Pontalis J.B., *Vocabulaire de la Psychanalyse*, PUF, 1981, p.43) à un narcissisme orchestré par un moi source de tempérance et d'équilibre développemental entre investissement narcissique et objectal.

L'auto-érotisme, en 1905 avec les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* est au coeur de la théorisation freudienne sur la sexualité infantile. Le suçotement (p.74) en est le modèle primitif oral et la rétention des matières fécales, dans les débuts, répond à l'intention d'en user comme excitant masturbatoire de la zone anale ou de l'employer dans les rapports avec les personnes de l'entourage(...)" (p.82). Se faire plaisir ou faire plaisir à son entourage s'impose comme une alternative développementale générique dont l'apprentissage de la propreté sera un point de cristallisation fondateur. En 1917, dans le texte *Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal*, S. Freud évoquera à nouveau cette plaque tournante de la défécation en des termes emblématiques : "La défécation fournit à l'enfant la première occasion de décider entre l'attitude narcissique et l'attitude d'amour d'objet. Ou bien il cède docilement l'excrément, il le "sacrifie" à l'amour, ou bien il le retient pour la satisfaction auto-érotique, et plus tard pour l'affirmation de sa propre volonté."²⁴. Cette vision freudienne est d'une grande fécondité clinique et théorique. L'hypothèse d'une défécation, véritable "pont entre le narcissisme proprement dit et l'amour objectal", selon l'expression de K. Abraham, est d'une grande valeur heuristique, surtout si, comme l'énonce Lou Andreas Salomé²⁵, "le narcissisme accompagne toutes les couches de notre expérience (...); ce n'est pas seulement un stade immature qu'il s'agit de surmonter, mais aussi un compagnon de vie qui se renouvelle toujours."

Les *Trois essais* définissent aussi les stades prégénitaux où s'enracine la théorie de l'étayage qui propose une articulation entre le plan vital du besoin et celui de la psyché : "La situation anatomique de la zone anale, tout comme celle de la zone bucco-labiale, la rend propre à *étayer* une activité sexuelle sur une autre fonction physiologique"²⁶. Mais si au stade oral le suçotement est sans objet et auto-érotique²⁷, avec le stade sadique-anal, "la pulsion de maîtriser"²⁸ (traduit le plus souvent par pulsion d'emprise), indissociable des conquêtes psychomotrices, signe "l'existence d'un objet hétéro-érotique"²⁹. Comme le précise B. Brusset³⁰ : "Par son statut intermédiaire et sa fonction de médiation, l'objet anal donne statut interne à l'objet oral qui n'est plus perdu ou fusionné avec le moi, mais devient différentiable dans la relation contenant-contenu (...)" "L'objet anal a ainsi partie liée, d'une part avec l'auto-érotisme dans sa visée d'autosuffisance, d'autre part avec l'objet total, la mère, dont il est aussi la métonymie"³¹. La triple opposition activité/passivité, domination/soumission, rétention/expulsion résume bien la conflictualité maturante interne et externe qui vient donner toute sa portée à l'alternative objectale offerte par la défécation : "L'élément actif semble constitué par la

²⁴Sigmund Freud, *Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal* (1917) in *La vie sexuelle*, PUF, 1985,

²⁵*The Freud Journal of L.A. Salomé*, Hogarth Press, 1965

²⁶*Trois essais sur la sexualité (1905)*, Gallimard, 1962, p.80

²⁷idem, p.77

²⁸idem, p.96

²⁹idem, p.96

³⁰Brusset B., *Le développement libidinal*, PUF, 1992, p.76

³¹Brusset B., *Le développement libidinal*, PUF, 1992, p.75

pulsion de maîtriser, elle même liée à la musculature; l'organe dont le but sexuel est passif sera représenté par la muqueuse intestinale érogène³².

Déjà partiellement présente dans les *Trois Essais*, l'équivalence symbolique inconsciente entre le don primitif des fèces, et ultérieurement les cadeaux, l'argent, un enfant, le pénis, est développée dans le texte "*Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal*" et dans "*L'homme aux loups*." Ce que nous souhaiterions mettre ici en exergue c'est l'amorce de ce développement où l'auteur souligne que l'enfant considère ses fèces comme une partie de son corps dont il va se séparer³³. L'objet partiel anal est l'archétype d'un objet venant de l'intérieur de soi que l'enfant va négocier avec lui même et avec son entourage. De nouveau, on retrouve le choix objectal, mais en filigrane, la question de la négociation soi/hors-soi, dedans/dehors, contenant/contenu, conscient/inconscient (refoulé) est aussi posée. Cette double interrogation sur la genèse des limites et la relation d'objet est donc déjà présente dans la conceptualisation freudienne. Or, notre clinique de l'encoprésie confirme à l'évidence, en négatif, la condensation de ces enjeux développementaux avec l'apprentissage de la propreté.

L'idée de fixation est présente dans les divers textes freudiens et notamment dès 1905³⁴. On peut entendre cette notion soit dans le cadre d'une fixation à un stade donné (oral, anal, génital) qui vient paralyser le développement et le passage au stade suivant (l'exemple type en est la perversion chez l'adulte, survivance de la sexualité infantile), soit, "dans le cadre de la théorie freudienne de l'inconscient, comme désignant le mode d'inscription de certains contenus représentatifs (expériences, imagos, fantasmes) qui persistent dans l'inconscient de façon inaltérée et auquel la pulsion reste liée"³⁵. Par excès traumatique de conflit et/ou par carence de soins appropriés, une fixation se produit dans le psychisme. Avec *L'Homme aux loups*, "l'enfant excrémental"³⁶, S. Freud illustrera la complexité de la diffusion dans l'actuel des fixations traumatiques antérieures. Ce patient, à la première séance, lui fait l'aveu de le percevoir comme un juif escroc qu'il aimerait prendre par derrière et lui chier sur la tête³⁷. Un travail de reconstruction permettra à Sergueï Pankejeff de se remémorer qu'il aurait été "séduit" à trois ans par sa soeur Anna qui voulait l'initier à des pratiques sexuelles; à trois ans et demi, "il souillait son lit" et défiait la gouvernante anglaise détestée; à quatre ans et demi, il fait dans son pantalon en affirmant, comme sa mère lors de ses règles "je ne peux vivre ainsi"³⁸ et scène centrale, il interrompt le coït parental dont il

³² *Trois essais sur la sexualité (1905)*, Gallimard, 1962, p.96

³³ *Trois essais sur la sexualité (1905)*, Gallimard, 1962, p.82 et *Sur les transpositions de pulsions (1917)* in *La vie sexuelle*, PUF, 1969, p.109

³⁴ *Trois essais sur la sexualité (1905)*, Gallimard, 1962, p.157

³⁵ J. Laplanche, J.B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1981, p.160

³⁶ *L'homme aux loups (1918)* in *Cinq psychanalyses*, PUF, 1966, p. 403

³⁷ Lettre 112 F, S. Freud-S. Ferenczi, *Correspondance (1908-1914)*, Calmann-Lévy, 1992 cité par T. Bokanowski, *La première séance de "L'Homme aux loups"* in *Revue Française de psychanalyse*, 3/1995

³⁸ idem, p.38

est témoins en déféquant "ce qui lui permet de crier"³⁹. Ces possibles points de fixation relativement tardifs ne doivent pas cacher les pistes plus précoces qui n'échappent pas à Freud : fluxion de poitrine à trois mois avec épisode anorexique, malaria à un an et demi⁴⁰. Ce faisceau de convergences traumatiques conduira certains cliniciens contemporains à émettre l'hypothèse d'une structure "limite" de l'Homme aux loups⁴¹.

La clinique de l'encoprésie viendra au sujet des fixations souligner leur classique portée régressive mais aussi, ce qui est propre à la vision psychosomatique de P. Marty dont nous nous inspirerons plus loin, leur positivité : une fois le point de fixation régressivement atteint, la désorganisation marquera le pas, certes au prix d'une expression symptomatique, mais au bénéfice d'un rééquilibrage homéostatique source d'une potentielle reconstruction. L'hypothèse récente de P. Denis⁴² sur l'existence d'un "mouvement dépressif" venant induire la fixation nous permettra aussi d'ouvrir notre réflexion clinique sur les riches corrélations sémiologiques et structurales observées entre dépression et encoprésie⁴³.

Nous retiendrons de S. Ferenczi d'avoir en 1927⁴⁴, avec sa verve créatrice coutumière, inversé la question en demandant comment la famille s'adapte à l'enfant dans ce qu'il considère comme les deux situations traumatiques éducatives clefs : le sevrage et l'apprentissage de la propreté. Selon lui, les fèces représentent un "intermédiaire"⁴⁵ et il situe la "morale des sphincters"⁴⁶ dans le cadre général du mouvement civilisateur que représente le passage à la vie adulte. Cette dernière implique une "suppression des mauvaises habitudes"⁴⁷ où les parents, dans cette action moralisatrice, peuvent infliger à l'enfant une violence traumatique par intrusion de leur sexualité adulte, pour lui une véritable langue étrangère⁴⁸. Cette intrusion sera ultérieurement source de la permanence d'un amour objectal passif ou d'une identification anxieuse à l'agresseur. Comme S. Freud en 1905⁴⁹, il évoque le possible alliage masochiste entre douleur et érotisme anal⁵⁰.

³⁹idem, p.385

⁴⁰idem, p. 349 et 400

⁴¹Par exemple, P. Blum, L'enfance "borderline" de l'Homme aux loups in *Dix ans de psychanalyse en Amérique*, PUF,1981, p.213-233

⁴²Denis P. ,Fixations dynamiques, fixations dépressives in *Revue française de psychosomatique*, 6/1994, PUF, p.145

⁴³Golse B. , Messerschmitt P. *L'enfant déprimé*, PUF, 1983, p.37, 40

⁴⁴L'adaptation de la famille à l'enfant (1927), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant (1933) in *Psychanalyse*, IV, Oeuvres complètes, Payot 1982, p.33

⁴⁵idem, p.35

⁴⁶Ferenczi S. , Psychanalyse des habitudes sexuelles (1925) in *Psychanalyse*, III, Oeuvres complètes, Payot 1982, p.331

⁴⁷Ferenczi S. , L'adaptation de la famille à l'enfant (1927) in *Psychanalyse*, IV, Oeuvres complètes, Payot 1982, p.33

⁴⁸Ferenczi S. , Confusion de langue entre les adultes et l'enfant (1933) in *Psychanalyse*, IV, Oeuvres complètes, Payot 1982, p

⁴⁹*Trois essais sur la sexualité (1905)*, Gallimard,1962, p.81

⁵⁰Ferenczi S. , Psychanalyse des habitudes sexuelles (1925) in *Psychanalyse*, III, Oeuvres complètes, Payot 1982, p.329

K. Abraham trouve sa juste place dans ce bref historique car on lui doit une distinction importante à l'intérieur du stade sadique-anal. Il propose de le dédoubler : "Dans la première phase, l'érotisme anal est lié à l'évacuation, la pulsion sadique à la destruction de l'objet; dans la seconde phase, l'érotisme anal est lié à la rétention, et la pulsion sadique au contrôle possessif"⁵¹. L'importance sémiologique des polarités de la rétention et de l'expulsion dans l'encoprésie nous amène à accorder une grande attention à cette ligne de partage qui ouvre, selon K. Abraham, sur une différenciation entre psychose (relation d'objet expulsée et perdue) et névrose obsessionnelle (relation d'objet contrôlée).

De ces trois auteurs du Comité⁵², conservons l'idée maîtresse d'un objet excrémental "à la fois narcissique et objectal"⁵³, et, à ce titre, décisif pour l'enfant dans sa négociation, avec lui même et avec son environnement, de ses investissements narcissiques et objectaux. La "moralisation des sphincters" survient à une époque où l'enfant quitte une période de grande dépendance à l'environnement de l'oralité et où, comme le dit B. Grumberger, l'enfant "s'installe à son compte" disposant désormais grâce au contrôle de sa défécation d' "un dispositif source de plaisir et de maîtrise, ainsi qu'une substance manipulable(...)"⁵⁴. C'est peut-être pour cette raison que l'on parle d'exonération dont le dictionnaire nous donne un sens précis : "décharger quelqu'un de quelque chose d'onéreux, d'une obligation"⁵⁵. Dans la mesure où il effectue cette conquête, l'enfant peut s'engager dans un commerce relationnel et identificatoire dont la formalisation et la balance de ses imports-exports affectifs portera l'empreinte de sa genèse périnatale et de la parentalité qui le contient.

Nous souhaiterions aussi bénéficier d'un autre parrain, D.W. Winnicott, dont la réflexion sur la "paradoxalité"⁵⁶ des phénomènes transitionnels converge naturellement avec celle de Freud décrivant la défécation comme un pont entre narcissisme et relation d'objet et plus encore avec celle de S. Ferenczi qualifiant les fèces "d'intermédiaire entre sujet et objet"⁵⁷. Avec "l'aire intermédiaire, expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet (...)"⁵⁸ de D.W. Winnicott, nous abordons la préhistoire de l'encoprésie sans laquelle ce symptôme est, selon nous, incompréhensible. Nous allons en effet accorder beaucoup d'attention à l'hypothèse d'une encoprésie signant un enracinement objectal dysharmonieux dans la matrice narcissique, un processus dont cet auteur décrit

⁵¹J. Laplanche, J.B. Pontalis, Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, 1981, p.461

⁵²Jones E. *La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud, 2/ Les années de maturité*, Paris, PUF, 1979, p.162

⁵³B. Grumberger, *Le narcissisme*, Payot, 1975, p.175

⁵⁴B. Grumberger, *Le narcissisme*, Payot, 1975, p.174

⁵⁵Le nouveau Petit Robert, 1995, p.861

⁵⁶Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.4

⁵⁷L'adaptation de la famille à l'enfant (1927), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant (1933) in *Psychanalyse, IV, Oeuvres complètes*, Payot 1982, p.35

⁵⁸Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.8

remarquablement bien l'étape inaugurale chez le nourrisson avec la genèse de sa "première possession "non moi"⁵⁹.

Chez l'enfant, le statut d'objet partiel des fèces au moment de l'apprentissage de la propreté se situe dans la lignée développementale directe de l'issue de ce que D. W. Winnicott intitule le processus interactif d' "illusion-désillusionnement"⁶⁰ dont le sevrage du sein⁶¹ est un emblème. Au départ la "préoccupation maternelle primaire"⁶² donne au bébé l'illusion que le sein et les soins en général sont une partie de lui même. Mais, "La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant (...)"⁶³. Ce passage "du principe de plaisir au principe de réalité"⁶⁴ est inhérent à un développement harmonieux et nécessite la continuité de l'empathie de la mère. Avec une mère "suffisamment bonne"⁶⁵, l'apprivoisement progressif de l'enfant à la "défaillance maternelle"⁶⁶ succède à une période où la mère "s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion"⁶⁷. A cette condition, ce désillusionnement sera pour lui synonyme de constitution d'un espace psychique "qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective"⁶⁸. Pour appréhender le contexte relationnel de la négociation entre l'enfant et son environnement de l'apprentissage de la propreté, il sera primordial de s'interroger, avec D.W Winnicott pour guide, sur l'issue de la négociation initiale de ce désillusionnement fondateur.

Dans cette perspective psychanalytique fondatrice, le concept de "ligne de développement" de A. Freud⁶⁹ est un bon candidat pour regrouper, in fine, les enjeux développementaux de cette progression de "l'état de dépendance" du nourrisson à son "autonomie affective"⁷⁰ dans l'acquisition de la propreté. Cet auteur a insisté avec pertinence sur les rapports entretenus, par chaque enfant, entre le "développement des pulsions, celui du système moi-surmoi et leur réaction aux influences de l'entourage"⁷¹. Selon elle, cette intrication dynamique est présente dans les diverses lignes de développement signant "l'indépendance corporelle"⁷² (l'alimentation, la propreté, la responsabilité de son corps). Pour notre étude de l'encoprésie, nous souhaiterions reprendre ce riche concept générique de ligne de développement, mais en y intégrant au

⁵⁹Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.8

⁶⁰Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.19

⁶¹Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.23

⁶²Winnicott D.W., La préoccupation maternelle primaire (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969, p.168-174

⁶³Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.21

⁶⁴Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.19

⁶⁵Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.19

⁶⁶Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.20

⁶⁷Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.21

⁶⁸Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.21

⁶⁹Freud A. , *Le normal et le pathologique*, Gallimard, 1968, p.48

⁷⁰Freud A. , *Le normal et le pathologique*, Gallimard, 1968, p.50

⁷¹Freud A. , *Le normal et le pathologique*, Gallimard, 1968, p.50

⁷²Freud A. , *Le normal et le pathologique*, Gallimard, 1968, p.54

premier plan notre axe fondamental de la balance évolutive entre investissements narcissiques et objectaux.

IV LITTERATURE GASTRO-PEDIATRIQUE ACTUELLE

a) L'encoprésie vue par les Gastro-pédiatres.

Selon les gastro-pédiatres, l'encoprésie résulte d'une *constipation* plus ou moins sévère sous-jacente, et d'une *rétenion stercorale*.

Il s'agit d'une constipation fonctionnelle, datant parfois de la naissance, ou apparue secondairement dans la vie de l'enfant.

A l'origine du comportement rétenionnel, les auteurs insistent dans les séries gastro-entérologiques sur les causes organiques : rétenion active, réactionnelle à des douleurs anales lors d'exonérations difficiles, en raison de lésions mécaniques (par ex., les fissures). Pour Partin et coll. (1992)⁷³, 63% des enfants encoprétiques ont une histoire de défécations douloureuses avant 36 mois. Ce pourcentage est probablement élevé en raison du recrutement gastro-entérologique des patients.

Qu'elle admette ou non une cause organique, la rétenion est plus ou moins consciente. C'est une des dimensions psychologiques du symptôme, et elle joue souvent un rôle d'interface entre les registres somatique et psychique.

b) Bases physiologiques

Cette théorie étiologique a des bases physiologiques claires qui nous conduisent à rappeler le fonctionnement normal de la défécation, et ses altérations possibles dans l'encoprésie (avec rétenion).

Normalement, le rectum est vide entre les exonérations, et l'arrivée de selles dans le rectum ("ponte rectale") entraîne le besoin d'exonérer. C'est l'alternance de vacuité et de réplétion qui crée le besoin.

La continence est assurée par un appareil sphinctérien double : le sphincter interne lisse involontaire qui, contracté de façon tonique, se relâche en cas de réplétion rectale (réflexe recto-anal inhibiteur) et le sphincter externe qui est un muscle strié volontaire assurant la continence d'urgence lors de la sensation de besoin.

En cas de décision d'exonération, il y a poussée abdominale et relâchement du sphincter externe.

En cas de rétenion stercorale, le rectum est encombré de selles abondantes et parfois dures (fécalome) dont l'émission est de plus en plus difficile et souvent douloureuse. La distension chronique de la paroi rectale émousse la sensation de besoin qui disparaît. Le sphincter interne est relâché de façon quasi permanente et la continence n'est plus assurée que par le sphincter externe qui est fatigable; lors d'un effort musculaire (par ex., le sport) ou d'une forte concentration (par ex., un travail intellectuel), le muscle se

⁷³Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics*, 1992, 89:1007-9

relâche et des fuites fécales par débordement se produisent. Les fuites peuvent également survenir par suintement de selles autour du fécalome.

c) Etudes physiologiques

La littérature gastropédiatrique concerne donc les patients atteints de "constipation-encoprésie" ("*constipation and fecal soiling*" de V. Loening-Baucke⁴⁹).

Chez ces patients, des études physiopathologiques manométriques et électromyographiques ont cherché des anomalies sensibles et motrices caractéristiques du symptôme. La manométrie consiste à enregistrer les pressions intrarectale et sphinctériennes à l'aide de sondes perfusées et d'un ballonnet simulant l'envie d'exonérer. Les principales anomalies décrites^{74 75 76} sont:

- une augmentation des seuils de sensibilité rectale à la distension et une augmentation de la compliance rectale (retrouvées dans un pourcentage de cas allant jusqu'à 97 %)

- un asynchronisme abdomino-sphinctérien, consistant en une contraction paradoxale du sphincter externe de l'anus lors des efforts de poussée abdominale pour exonérer (atteignant jusqu'à 50 % des patients). Cette anomalie traduit le dérèglement de la dynamique défécatoire et peut faire l'objet d'une rééducation.

d) Réponses thérapeutiques

Les réponses thérapeutiques proposées par les gastro-pédiatres consistent avant tout à traiter la constipation (mesures diététiques, lavements évacuateurs initiaux en cas de fécalome, puis traitement laxatif doux), puis en des mesures simples de guidance pour éviter la rétention (essayer d'aller à la selle après les repas etc..) et, éventuellement, en une rééducation ano-rectale par biofeed-back⁷⁷.

Cette technique consiste à permettre à l'enfant de visualiser sur un écran, à l'aide de tracés de couleur, un phénomène biologique et de lui montrer qu'il peut avoir une action volontaire sur celui-ci. La rééducation propose un apprentissage de la contraction et de la relaxation sphinctériennes, puis de la bonne coordination poussée-relaxation du sphincter, ainsi qu'une rééducation de la sensibilité, à l'aide de renforcement verbal, visuel et parfois auditif (Wald 1987⁵³, Loening-Baucke 1990⁵²).

⁷⁴Loening-Baucke V., Cruikshank B., Savage K. Defecation dynamics and behaviour profiles in encopretic children. *Pediatrics*, 1987, 80 (5):672-9.

⁷⁵Meunier P., Louis D., Jaubert de Beaulieu M. Physiologic investigation of primary constipation in children : comparison with the barium enema study. *Gastroenterology*, 1984, 87(6):1351-7.

⁷⁶Molnar D., Taitz L.S., Urwin M., Wales J.K. Anorectal manometry results in defecation disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 1983, 58:257-61.

⁷⁷Loening-Baucke V. Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeed-back treatment in chronically constipated children with encopresis. *The Journal of Pediatrics*, 1990, 116(2) : 214-22

De nombreux auteurs s'accordent pour ne proposer cette thérapeutique qu'en seconde intention, chez des patients motivés, ayant des anomalies manométriques de base caractéristiques (asynchronisme) et un âge minimal d'environ 5 ans.

Dans son étude de 1992⁵⁴, V. Loening-Baucke montre dans sa série de patients que le pronostic du symptôme constipation-encoprésie est lié aux anomalies motrices initiales (constipation sévère avec asynchronisme abdomino-sphinctérien, incapacité à exonérer un ballonnet de 100 ml en 1 mn), plus qu'aux scores comportementaux (*Child Behaviour Checklist*).

Ce traitement a pour certains jeunes patients un aspect ludique, comme un jeu vidéo; il va leur fournir une représentation de la fonction et de ses altérations dans l'encoprésie. Pour d'autres, il va renforcer la phobie de la défécation. Dans tous les cas, la rééducation sphinctérienne risque d'accroître la polarisation anale et somatique d'une façon plus générale chez l'enfant et les parents.

e) Commentaires

La vision organiciste proposée par ces travaux de gastro-entérologie a eu l'intérêt de permettre à l'enfant, aux parents et parfois aux soignants de se forger une représentation du symptôme, là où elle faisait souvent défaut.

Elle permet de comprendre le dérèglement de la fonction par le cercle vicieux rétention/constipation/douleurs, et sert de base à des traitements complémentaires éventuels : selon l'importance de la composante organique, le traitement médicamenteux et diététique est parfois nécessaire chez certains patients, et la rééducation peut être un complément bénéfique.

Cependant, l'angle de vue est étroit, et l'aspect étiologique n'est pas abordé ou très partiellement : au plan organique, ces anomalies manométriques observées peuvent être la conséquence de la rétention et de la stase stercorale, et non à l'origine de la séquence constipation-encoprésie^{78 79}; la question de la cause de la rétention stercorale n'est pas posée, en dehors de lésions organiques sources de douleurs anales. L'efficacité des mesures thérapeutiques diététiques, médicamenteuses et physiothérapiques ne sera donc que très partielle si elles sont isolées d'une réflexion sur la psychopathogénie du symptôme.

Dans notre expérience clinique, chez environ 70% des enfants encoprétiqes est retrouvé un long passé de constipation, et dans environ 20% des cas des douleurs anales à l'exonération dues à des fissures. L'existence d'un substrat organique est indéniable dans ces cas. Ce n'est cependant qu'un des aspects étiologiques du symptôme qui est loin d'être univoque et inclut toujours une signification psychique. Force est de constater que :

- tous les enfants constipés ne deviennent pas encoprétiqes

⁷⁸Loening-Baucke V. Abnormal recto-anal function in children recovered from chronic constipation and encopresis. *Gastroenterology*, 1984, 87:1299-1304.

⁷⁹Wald A., Chandra R., Chiponis D., Gabel S. Anorectal function and continence mechanisms in childhood encopresis. *J.Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1986, 5:346-51.

- tous les enfants encoprétiques ne sont pas constipés,
- tous les encoprétiques ne se retiennent pas.

V ENCOPRESIE ET PSYCHOSOMATIQUE

En France, l'approche psychopathologique contemporaine de l'encopresie s'enracine d'une part dans le creuset psychanalytique des pionniers et, d'autre part, dans le courant psychosomatique de l'école de Paris dont P. Marty est le fondateur et L. Kreisler un traducteur essentiel en clinique infantile. Le panorama bibliographique français reflète bien la richesse mais aussi la rareté des travaux à ce sujet. L'ouvrage collectif de 1974, *L'enfant et son corps*⁸⁰ est une étape inaugurale et la contribution de M. Soulé et K. Lauzanne⁸¹ (qui a écrit une thèse de médecine en 1969 sur l'encopresie) offre une synthèse incontournable. L'article de 1983 de B. Cramer *et coll.*⁸² est précieux pour son angle de vue : une passionnante analyse de l'organisation psychique des encoprétiques y est conduite en regard des indications et de l'évolution thérapeutiques.

Cette vision actuelle de l'encopresie se fonde sur un syncrétisme qui allie le substrat psychanalytique fondateur, le paradigme freudien de la conversion hystérique et le constat critique de ses limites à l'origine de l'émergence théorico-clinique de la psychosomatique. C'est cet alliage épistémologique récent que nous allons maintenant rapporter brièvement pour secondairement en disposer comme d'une boussole dans notre exploration de l'apprentissage "normal" de la propreté et de sa version pathologique, l'encopresie.

a) définition du symptôme "psychosomatique"⁸³

Historiquement, la genèse des théories considérant l'individu comme une entité psychosomatique s'enracine dans la prise de conscience clinique et thérapeutique de la fécondité et de la limite du modèle de l'expression somatique de l'hystérie, privée d'organicité. De fait, ce paradigme ne fonctionne pas chez l'enfant dans certains cas de pathologies somatiques que la nomenclature pédiatrique⁸⁴ intitule :

⁸⁰Kreisler L. , Fain M. , Soulé M. , *L'enfant et son corps*, PUF, 1974.

⁸¹Soulé M. et Lauzanne K. Les troubles de la défécation : encopresie, mégacolon fonctionnel de l'enfant in Lebovici S. , Diatkine R., Soulé M. , TII, p. 527-535, Puf, 1985

⁸² Cramer B. , Palacio-Espasa F. ,Dufour R, Gottardi P.Y. , Knauer D. , Trente six encoprétiques en thérapie in *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 2, 1983, p.309-410

⁸³Comme le rappelle souvent P. Marty (par exemple : Psychosomatique et psychanalyse in *Revue française de psychanalyse*, 3/1990, p.619, il n'est pas correct de parler de manifestations psychosomatiques étant entendu que, selon lui, le fonctionnement humain est par essence psychosomatique; il recommande le vocable de manifestations somatiques. De son côté, L. Kreisler parle de troubles à expression somatique.

⁸⁴L. Kreisler, L'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique in *Revue française de psychosomatique*, 6/1994, PUF, p.130

-pathologies fonctionnelles (motricité, sommeil, alimentation, élimination, respiration...) correspondant à une perturbation d'une fonction vitale

-pathologies lésionnelles comportant une atteinte ou un ensemble de manifestations cliniques et biologiques bien précises créant une authentique affection somatique, nécessitant un traitement pédiatrique (asthme, recto-colite hémorragique, eczéma...).

Quand un symptôme névrotique s'installe, même s'il est de nature corporelle hystérique, il correspond théoriquement à la réactualisation d'un point de fixation psychique mentalisable. *A contrario*, quand un symptôme psychosomatique apparaît, il va mettre à jour un point de fixation corporel "muet" où "s'est fixée l'expérience vécue traumatique au moment où l'enfant faisait corps avec son corps;"¹⁸⁵.

Schématiquement, chez l'enfant, les symptômes de ces pathologies somatiques surviennent là où les défenses névrotiques classiques soit n'existent pas, soit échouent et induisent une régression. Il s'agit, comme pour le symptôme névrotique, d'une tentative de maintien de l'homéostasie adaptative à la réalité interne et externe, mais ici, la spécificité du symptôme organique, c'est de réactualiser une stratégie défensive ancienne présente à une phase du développement où *l'infans* (étymologiquement celui qui ne parle pas) disposait pour s'exprimer de son corps et de son activité psychomotrice et pour se défendre de ses "défenses de la vie" avant la conquête de ses "défenses du moi"¹⁸⁶. Ici, les points de fixation précoces seront sensori-moteurs ou, plus en amont, somatiques.

L'originalité de P. Marty à l'égard des points de fixation est triple. Il ne limite pas le champ d'application au seul aspect objectal et psychique classique (oral, anal et phallique). Ceux-ci, qualifiés d'archaïques, peuvent concerner le système humoral ou immunitaire et l'hypothèse d'un ancrage prénatal est proposée avec "l'allergie essentielle"¹⁸⁷. Plus en aval, après la première enfance, de nouveaux points de fixation de cet ordre et en filiation avec les précédents, pourront s'opérer. On retiendra dans notre perspective sur l'encoprésie, les "marquages fonctionnels"¹⁸⁸ de la deuxième enfance.

Deuxièmement, il distingue une chaîne centrale de fixations (structure de la personne : lignée allergique, anale...) et des chaînes latérales de fixation dont certaines rejoindront la chaîne centrale et d'autres, restant parallèles, seront sources de dynamisme sans grande influence sur l'équilibre général.

¹⁸⁵ Liberman R. idem, p.12

¹⁸⁶ P. Marty, Psychosomatique et psychanalyse in *Revue française de psychanalyse*, 3/1990, p.617

¹⁸⁷ P. Marty, *La psychosomatique de l'adulte*, PUF, 1990, p.24

¹⁸⁸ P. Marty, *La psychosomatique de l'adulte*, PUF, 1990, p.57

Face à trois axes cliniques chez l'enfant⁸⁹ -un fonctionnement psychique ou une interaction à risque psychosomatique, des situations traumatiques, une dépression essentielle ou un surplus d'excitation- on peut suspecter une régression vers un point de fixation antérieur. La troisième singularité de P. Marty à ce sujet, c'est de concevoir ces points comme des prises réorganisatrices pour une reconquête homéostatique et donc un rempart positif contre une désorganisation supplémentaire. De l'épaisseur de cette chaîne centrale, constituée de fixations successives, dépendra l'ampleur de la régression. Globalement, plus les points de fixations d'un registre mentalisé (tardif) seront solides moins les régressions donneront lieu à une désorganisation somatique correspondant à des points de fixations archaïques. Une névrose "bien mentalisée", attestant d'un fonctionnement mental permanent efficient, sera une bonne protection contre un trouble à expression somatique.

Autrement dit, le symptôme à expression somatique chez l'enfant semble traduire un défaut fondamental dans le développement et le fonctionnement de sa mentalisation qui ne joue pas son rôle de traduction et de métabolisation des conflits internes et externes. Dans la conceptualisation de P. Marty⁹⁰, c'est le plus souvent une défaillance -discontinue ou continue- du préconscient qui est en jeu. De la qualité du fonctionnement de cette "plaque tournante de l'économie psychosomatique"⁹¹ dépendra la nature et la continuité de la mentalisation. Le préconscient, en construction lors de la petite enfance, sera opérant si la liaison entre les représentations primitives de choses et, plus élaborées, de mots, sont fluides. A contrario, face aux enfants dont la symbolisation sera souvent rudimentaire, factuelle, squelettique, comme vidée des couleurs de l'affectif et du fantasmatique, une inorganisation structurale précoce est à craindre. Cette carence des représentations est parallèlement sensible par un surinvestissement par défaut de l'agir (comportement vide du jeune enfant puis structure comportementale⁹²). Elle correspond quelquefois à une "pensée opératoire"⁹³ chez le(s) parent(s).

Un enfant, privé de ce filtre psychique, confronté à une situation traumatique exceptionnelle ou des micro-traumatismes cumulés (surcharge ou insuffisance de stimulations) ne disposera pas de points d'ancrage psychiques (névrotiques) pour faire front et il devra faire appel à un schéma défensif somatique.

⁸⁹L. Kreisler, L'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique in *Revue française de psychosomatique*, 6/1994, PUF, p.123

⁹⁰P. Marty, *La psychosomatique de l'adulte*, PUF, 1990, p.44 et Psychosomatique et psychanalyse in *Revue française de psychanalyse*, 3/1990

⁹¹P. Marty, *La psychosomatique de l'adulte*, PUF, 1990, p.38

⁹²Kreisler L. , L'expression corporelle dans la psychopathologie de l'enfant in *L'information psychiatrique*, p.862, Vol. 60-N°8-Octobre 1984

⁹³P. Marty, *La psychosomatique de l'adulte*, PUF, 1990, p.26

Comme y insiste abondamment L. Kreisler⁹⁴, le symptôme à expression somatique chez l'enfant en pleine évolution, se caractérise d'abord par sa *réversibilité* si des mesures appropriées sont prises. Avant l'adolescence, il n'y a pas d'installation profonde d'une structure⁹⁵. Un extrême prudence sémiologique s'impose donc afin de ne pas interpréter en terme de défaut de représentation une immaturité développementale "normale".

b) spécificité du symptôme encoprésie

1) Entre névrose et psychosomatique

A partir de notre expérience clinique et en filiation avec la littérature psychosomatique évoquée, nous concevons la richesse polymorphique du symptôme encoprésie comme relevant, selon les cas, de la catégorie névrotique ou de la catégorie psychosomatique et, parfois, d'une structure mixte.

Si l'on se réfère aux célèbres formulations de l'Ecole de Paris : dans l'hystérie le symptôme parle, c'est un instrument pour communiquer du sens et à l'opposé le symptôme psychosomatique est bête (sans signification) et le corps souffre, c'est une victime⁹⁶, alors, force est de constater que la clinique de l'encoprésie dans sa diversité illustre en effet ces deux options. Nous les percevons, pour notre part, comme deux polarités dont chaque situation illustre soit l'indépendance soit la "coexistence"⁹⁷ dans une dialectique complexe et évolutive.

2) La rétention dans la constipation et l'encoprésie

Des rares auteurs qui ont récemment publié des études d'envergure sur l'encoprésie⁹⁸ dans une perspective psychosomatique, on retiendra surtout qu'au delà de la distinction entre constipation et encoprésie, ces cliniciens insistent sur le rôle central de la rétention dans les deux cas. "Tous les intermédiaires peuvent-être réalisés entre la rétention massive prédominante dans un tableau de constipation chronique avec risque de subocclusion intestinale et l'encoprésie massive où les nombreuses évacuation de matières dans la culotte ont longtemps fait méconnaître la rétention intestinale qui sous-tend l'évacuation ou est associée à une évacuation incomplète le plus souvent"⁹⁹. En d'autre termes, définir seulement l'encoprésie comme une

⁹⁴par exemple : Kreisler L. , L'expression corporelle dans la psychopathologie de l'enfant in *L'information psychiatrique*, Vol. 60-N°8-Octobre 1984

⁹⁵Kreisler L. , L'expression corporelle dans la psychopathologie de l'enfant in *L'information psychiatrique*, p.862, Vol. 60-N°8-Octobre 1984

⁹⁶Kreisler L. , L'expression corporelle dans la psychopathologie de l'enfant in *L'information psychiatrique*, p.859, Vol. 60-N°8-Octobre 1984.

⁹⁷Kreisler L. , Fain M. , Soulé M. , idem, p.375, 381, 410.

⁹⁸Kreisler L. , *La psychosomatique de l'enfant*, p.64, Puf, 1992 et Soulé M. et Lauzanne K. Les troubles de la défécation : encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant in Lebovici S. , Diatkine R., Soulé M. , TII, p. 527-535, Puf, 1985.

⁹⁹Soulé M. et Lauzanne K. Les troubles de la défécation : encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant in Lebovici S. , Diatkine R., Soulé M. , TII, p. 527, Puf, 1985.

défécation en dehors des endroits appropriés, c'est se priver de la richesse sémiologique et psychopathologique de la dialectique rétention/évacuation. Dans cette optique, le terme d'encoprésie recouvre donc une polarité rétentionnelle et une autre évacuatrice. Par conséquent, le processus encoprétique correspondra, pour chaque cas et selon le moment de l'évolution, à l'état d'équilibre fragile du " compromis actif"¹⁰⁰ entre ces deux pôles.

L'encoprésie en tant "qu'accident dans la culotte" (polarité évacuatrice) est essentiellement perçue dans cette logique comme une "raté" secondaire de stratégies rétentionnistes^{101 102}. Deux entités nosographiques sont proposés par M. Soulé pour décrire ce soubassement rétentionnel : le mégacôlon fonctionnel et la phobie de la défécation.

Le mégacôlon fonctionnel ou psychogène se définit par "une dilatation parfois considérable du gros intestin par accumulation des matières fécales"¹⁰³ qui aboutit à un dysfonctionnement physiologique de la défécation. Il est essentiellement interprété en terme de comportement auto-érotique -par érotisation de la rétention et du va et vient du bâton fécal- contrebalançant les avatars de la relation objectale.

La phobie de la défécation, souvent un mégacôlon fonctionnel d'apparition plus tardive, correspond à des signes d'une forte angoisse chez l'enfant quand il sent les prémisses du besoin ou quand sa mère lui propose le pot. Cette phobie est interprétée, en l'absence de douleur somatique vraie accompagnant l'exonération, comme une crainte archaïque de la perte d'un objet interne, les fèces, considérées comme une partie constitutive du corps de l'enfant.

VI L'ENCOPRESIE : UN DYSFONCTIONNEMENT DEVELOPPEMENTAL

Pour bien mesurer la signification des aléas de cet accès à la propreté, il est nécessaire de détailler d'abord quels sont les enjeux du développement de l'enfant avant et pendant cette étape clef.

a)Contexte développemental

1) avant

Indissociable de la complexe genèse prénatale du devenir mère et en continuité, *mutatis mutandis*, avec la période de grossesse, la dyade mère/nouveau-né forme en postnatal une unité psychosomatique. Dans cet

¹⁰⁰ idem p. 527.

¹⁰¹Donnée confirmée par une étude de Vidailhet C., Morali A. , Prise en charge de l'enfant encoprétique in *Medecine et Enfance*, Octobre 1991, p.295 : "La constipation est présente dans 87 % des cas, le plus souvent préexistante à l'encoprésie."

¹⁰²Tous les constipés ne deviennent pas encoprétiques (NB)

¹⁰³Kreisler L. , *La psychosomatique de l'enfant*, p.66, Puf, 1992

espace délimité par une "peau commune"¹⁰⁴ avec la mère, le bébé est dépendant de ses soins. De son côté, le père joue un rôle central à travers son observation participante de la dyade et par sa "tiercéité"¹⁰⁵ source de défusion progressive, inductrice d'espace psychique et de symbolisation. Les compétences postnatales relationnelles et cognitives d'un bébé ne s'expriment que sous deux conditions *sine qua non* : le bébé doit disposer d'abord d'un équipement neurophysiologique opérationnel et bénéficier ensuite d'un accordage adéquat avec un environnement "suffisamment bon"¹⁰⁶. Il le sera quand il alliera des soins adaptés et un investissement affectif empathiques et contenant. Les fonctions alimentaires et d'élimination qui nous intéressent ici, ne deviendront efficaces chez le nourrisson qu'à condition d'être investies par les parents/substituts avec un tempo favorable et une justesse raisonnable -sans surcharge, ni carence- sur les plans convergents éducatif, affectif et fantasmatique. Cet étayage sera efficace s'il permet à l'enfant d'incorporer dans son "moi corporel"¹⁰⁷ une fonction de contenance^{108 109} dont il est l'objet de la part de son environnement. Les dysfonctionnements précoces de ces fonctions illustrent bien la fécondité heuristique de cette métaphore dialectique entre contenant et contenu.

La psychanalyse qualifie de phase orale ce moment initial entre 0 et 2 ans où le plaisir et la relation à l'autre sont alors liés "de façon prédominante à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres qui accompagne l'alimentation"¹¹⁰. Ce plaisir, source de satisfaction chez le bébé s'organise entre deux polarités : auto-érotique ou relationnelle. La satisfaction auto-érotique correspond pendant cette phase orale aux comportements du bébé qui en recourant uniquement à son propre corps, en l'occurrence à sa propre bouche, va s'auto-stimuler par des suçotements non nutritifs ou des mains/doigts bouches. Ces comportements, sources d'un éprouvé "d'union"¹¹¹, ont un haut pouvoir auto-apaisant. "Précurseurs"¹¹² de l'objet transitionnel, cet auto-érotisme est le substrat dynamique de la "capacité du petit enfant de reconnaître l'objet comme "non-moi"¹¹³.

La satisfaction relationnelle va d'abord électivement (mais pas exclusivement) s'appuyer sur les soins de nourrissage. Ceux-ci associent chez le bébé les registres sensoriels de contact (peau, portage), distaux (olfaction, audition, vision). Dans le meilleur des cas, l'expérience alimentaire positionne en synergie plaisir auto-érotique et plaisir relationnel. Lors de cette

¹⁰⁴Anzieu D., *Le moi-peau*, Dunod, 1985

¹⁰⁵ Green A., De la tiercéité in *La psychanalyse : Questions pour demain*, Monographie de la Revue Française de psychanalyse, PUF, 1990

¹⁰⁶Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969.

¹⁰⁷Freud S., Le moi et le ça (1923) in *Essais de psychanalyse*, Payot, 1982, p.238

¹⁰⁸Bion W.R., *Aux sources de l'expérience*, PUF, 1979

¹⁰⁹Anzieu D. La fonction contenant de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir in Anzieu D. et coll., *Les contenant de pensée*, Paris, Dunod, 1993

¹¹⁰Laplanche J., Pontalis J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, p.457, PUF, 1981

¹¹¹Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.7

¹¹²Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.5

¹¹³Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.8

phase fondatrice d'incorporation, le nourrisson, pour réguler sa propre homéostasie, doit trouver un équilibre dialectique propre à partir d'un double ancrage auto-érotique et relationnel. La réponse évolutive donnée par chaque bébé, dépendra autant de l'environnement que du nourrisson lui-même. Très schématiquement, une position tempérée de l'enfant et de son environnement entre les deux options : soi/l'autre, auto-érotisme/relation d'objet sera la marque d'une dialectique en étayage dynamique, source d'équilibre et d'accordage; une position extrémiste sera, à l'inverse, synonyme d'un dualisme exclusif et d'une dysharmonie interne et externe.

Cette étape fondatrice s'impose aussi comme une période critique en terme de processus de "séparation-individuation"¹⁴. L'autonomisation du petit d'homme passe par un progressif sevrage mutuel :

-le bébé va se sevrer de son pouvoir et de sa dépendance radicale à son environnement et,

-les parents/substituts vont se sevrer de leur contrôle absolu de l'enfant et de leur caractère indispensable.

Cette distanciation maturante ne se réalisera que dans la mesure où les acteurs principaux (bébé, parents, substituts) seront en mesure d'affronter la perte de ce lien totalitaire. Le nourrisson ne s'engagera dans la voie du développement seulement si ses tentatives d'indépendance ne sont pas perçues comme source d'angoisses intolérables par son environnement. Ce n'est qu'en étant encouragé, valorisé, bref, authentiquement accompagné par ses parents/substituts, qu'il persistera face aux innombrables échecs frustrants qu'il rencontrera inévitablement à l'instar de son apprentissage de la marche.

2)Pendant

Le contrôle des sphincters entre 2 et 3 ans est une partie d'un processus global de maîtrise psychomotrice. Si Freud a choisi de retenir l'analité comme emblématique de cette période entre 2 et 4 ans, c'est parce que le couple rétention/expulsion (retenir-lâcher), au centre de la fonction d'élimination, s'impose comme un dénominateur commun aux divers aspects développementaux de cette étape.

En motricité, la marche est désormais relativement bien maîtrisée, suffisamment pour que l'exploration spatiale s'enrichisse et que des éloignements, en présence d'un parent ou d'un substitut, puissent s'opérer. Le corps a désormais une unité, promesse d'autonomie. La qualité des perceptions et du traitement proprio- et extéroceptifs permet une maîtrise motrice et notamment le contrôle sphinctérien.

¹⁴Mahler M., *Psychose infantile*, Payot, 1973

Au niveau de la communication, on assiste à une explosion verbale s'appuyant sur un accroissement considérable du stock lexical, un accès progressif à la syntaxe. L'apparition du "je", très symbolique de l'émergence de l'autonomie, succède à la conquête décisive du non (16/18 mois).

Par rapport à la bipolarité attitude narcissique/attitude relationnelle, répétons le, "la défécation fournit à l'enfant la première occasion de décider entre l'attitude narcissique et l'attitude d'amour d'objet"¹¹⁵. Pour pleinement bénéficier des données de la clinique et de la pertinence de la théorie freudienne de l'étayage oral insérée dans "l'aire intermédiaire" des phénomènes transitionnels de D.W. Winnicott, nous préférierions affirmer que la défécation fournit, non pas la première, mais bien la deuxième occasion d'un tel choix. Ce qui est certainement relativement¹¹⁶ novateur avec la défécation contextualisée, ce n'est pas que l'enfant se retrouve face à ce carrefour mais plutôt que cet objet soit objectivement en lui, en sa possession. Cette fois, ce n'est pas une illusion qui lui permet de croire que le sein -objet externe- lui appartient, c'est la réalité de sa différenciation entre l'intérieur et l'extérieur de son corps qui autorise son "négoce" des fèces. Il peut désormais matérialiser sa réponse avec netteté avec le don ou la privation d'un objet partiel qui a un très haut degré de signifiante chez l'adulte. Ou bien les fèces sont extériorisées comme un cadeau : elles sont la preuve d'un investissement relationnel reconnu comme harmonieux et bâti sur le dépassement d'un lien fusionnel ou bien, elles sont maintenues à l'intérieur et refusées pour marquer l'attaque ou le désinvestissement d'une extériorité conflictuelle. Dans la première situation, on peut s'attendre à un investissement auto-érotique équilibré et efficace face aux angoisses dépressives inhérentes au développement¹¹⁷ et dans la seconde, on peut craindre un auto-érotisme anaclitique, sinon addictif, contenant mal une dépressivité impérialiste.

Le contrôle des sphincters apparaît donc comme une part essentielle d'un mouvement éducatif et civilisateur général possible grâce à la nouvelle maîtrise motrice, source d'intégration familiale et sociale de l'enfant entre 2 et 3 ans. *Pourtant, cette étape est indissociable de la précédente* car l'issue de l'étayage anal dépendra de l'équilibre négocié dans l'étayage oral entre l'investissement objectal et l'auto-érotisme. Dans la perspective de D.W. Winnicott nous dirions que l'issue de l'expérience transitionnelle anale dépend de l'expérience transitionnelle primitive orale.

Les arguments cliniques de A. Freud¹¹⁸ et S. Fraiberg¹¹⁹ en faveur des voies de passage entre les dysfonctionnements des fonctions d'alimentation

¹¹⁵Freud S. Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal (1917) in *La vie sexuelle*, p.109, PUF, 1985

¹¹⁶Cette nouveauté est, de fait, extrêmement relative : les coliques du premier trimestre, les vomissements, le mérycisme et certains reflux gastrooesophagien ne sont-ils pas la marque évidente de la précocité de cette option entre investissement auto-érotique et objectal? On pense en ce sens à la position de D.N. Stern (1985) qui refuse chez le nouveau-né l'existence d'une période d'indistinction entre soi et l'autre.

¹¹⁷Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.11, 20

¹¹⁸Freud A., *Le Normal et le Pathologique*, Gallimard, 1968, p. 56

et d'exonération vont dans ce sens d'une continuité dialectique. Mais c'est sans doute G. Haag, extrêmement sensible aux ancrages archaïques du développement, qui nous propose la formulation générique la plus pertinente pour affirmer ce continuum. En évoquant la conquête d'un "*moi-corps sphinctérisé* conscient de sa propre appartenance et de sa séparation des autres corps et objets"¹²⁰, elle transmet bien l'ancienneté et la complexité évolutive de ce processus.

b) L'encoprésie en tant que dysfonctionnement développemental

En regard de ce rappel développemental, la présence d'une encoprésie invite à envisager l'hypothèse d'un triple dysfonctionnement :

-relationnel

C'est un symptôme essentiellement interactif n'incluant pas seulement la mère et l'enfant mais plus généralement la famille, les substituts. La négociation affective et éducative nécessaire parents (substituts) / enfant est ici en échec sur les plans comportementaux, affectifs et fantasmatiques. Le symptôme renvoie d'abord à un dysfonctionnement interpersonnel au sein de l'unité systémique de l'enfant dans son environnement. L'encoprésie est la trace d'une "fausse route"¹²¹ dans le processus interactif "d'illusion-désillusionnement".

-parental

La spécificité intergénérationnelle de ce symptôme est illustrée par l'histoire de l'apprentissage de la propreté chez les parents et par leur développement anal. L'anamnèse parentale met en exergue des facteurs déterminants dans la formalisation de leurs propositions éducatives et de leur investissement affectif des fonctions d'éliminations. La clinique illustre combien "maints dysfonctionnements trouvent leur origine dans leurs positions vis à vis de l'analité"¹²². Ainsi, les "principales erreurs éducatives"¹²³ -la prématurité des apprentissages, la contrainte coercitive, la négligence, la méconnaissance des facteurs évolutifs- sont-elles les relais intergénérationnels¹²⁴ de ces positions parentales. L'exploration comportementale affective et fantasmatique de ces attitudes met fréquemment en lumière une vulnérabilité narcissique parentale qui commémore la dysharmonie de la négociation avec les grands-parents des options auto-érotiques, transitionnelles et objectales.

¹¹⁹Fraiberg S.H., *Les années magiques*, PUF, 1967, p.108

¹²⁰Haag G., Identifications intracorporelles et capacités de séparation in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1990, 38, 4-5, 245-248

¹²¹Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.11, 23

¹²²Kreisler L. , *La psychosomatique de l'enfant*, p.64, Puf, 1992

¹²³idem

¹²⁴Lebovici S., Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques in Lebovici S. , Weil-Harpen F. , *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989, p.141-151

D'ailleurs, il faut souligner combien les parents, en particulier la mère, seront narcissiquement blessés quand ils devront être amenés à rendre public leur échec dans l'éducation sphinctérienne de leur enfant. Ce constat peut les conduire à douter de leurs capacités à être de bons parents. Leur culpabilité face à cet échec éducatif civilisateur pourra, dans certains cas de réactivation trop brûlante de conflits anciens non ou mal élaborés, rigidifier l'installation et la levée du symptôme interactif de l'enfant qui trouvera un allié dans le masochisme parental.

-de l'enfant

Notre hypothèse axiale est qu'avec l'encoprésie, la tempérance entre l'attitude auto-érotique et l'attitude relationnelle est absente chez l'enfant au profit d'une option narcissique prévalente. La conflictualité interne et externe de l'enfant est le fruit d'un enracinement dysharmonieux du champ relationnel dans la matrice auto-érotique. Elle le conduit à compenser les frustrations rencontrées par un surinvestissement du plaisir auto-érotique masturbatoire de la rétention, de l'expulsion ou du va et vient du bâton fécal, source d'auto-suffisance et de toute puissance. Ce positionnement de l'enfant dans son environnement inhibe ses investissements transitionnels et objectaux.

Ce rétrécissement peut logiquement s'accompagner d'une angoisse de perte des fèces considérées comme une partie interne du corps candidate à la dangereuse objectalisation. L'intitulé classique de "phobie de la défécation" ne devra pas cacher le soubassement préoedipien des angoisses en présence. A ce titre, il est important de garder en mémoire l'apport essentiel de H. Roiphe et E. Galenson¹²⁵ au sujet de la "phase génitale précoce" entre quinze et vingt-quatre mois. Selon ces auteurs, des "réactions de castration préoedipiennes" accompagnent la prise de conscience du sexe précipitée par l'acquisition du contrôle sphinctérien. Ces réactions sont directement en rapport avec l'angoisse de perte d'objet, elles s'apparentent à "une angoisse de morcellement"¹²⁶, "alors que la castration oedipienne, normalement, n'a plus de rapport avec celle-ci"¹²⁷. Dans cette optique, la nature et l'intensité de l'angoisse en présence chez l'enfant encoprétique seront de bons indices cliniques pour évaluer sa maturation objectale et la qualité de son attachement¹²⁸.

La défécation peut-être aussi redoutée car l'enfant associe cette expulsion à la projection d'une agression de ceux qu'il perçoit comme les destinataires privilégiés de cet objet intermédiaire : ne voulant pas donner ses excréments en cadeau à ses parents/substituts, il a peur et se sent coupable

¹²⁵Roiphe H., Galenson E., *La naissance de l'identité sexuelle*, Paris PUF, 1989

¹²⁶Green A., *Le complexe de castration*, Paris, PUF, 1990, p.95

¹²⁷Green A., *Le complexe de castration*, Paris, PUF, 1990, p.92

¹²⁸Bowlby J., La théorie de l'attachement in Lebovici S. , Weil-Harpen F. , *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989, p.165-170

de leur présenter un cadeau empoisonné et d'utiliser ses excréments comme une arme¹²⁹.

Ce symptôme va être source de souffrance, d'humiliation de l'enfant "rebelle" à l'ordre établi et cela va éventuellement lui apporter des bénéfices secondaires masochiques.

Ce premier tableau synoptique ne doit nullement donner une impression figée de la sémiologie en présence. L'enfant, en constante évolution dans son environnement, peut faire preuve tout autant de plasticité, synonyme de prompt réversibilité, que de rigidité, attestant d'une fonction anaclitique du symptôme, pour l'enfant et son environnement.

VII REPERES STRUCTURAUX DE L'ENCOPRESIE

Pour clore notre survol psychopathologique et pour donner un éclairage pratique et informatif, voici le rappel de deux propositions francophones de classifications des encoprétiques. Dans un esprit de complémentarité, nous en proposons une troisième issue de notre recherche clinique.

a) M. Fain, L. Kreisler, M. Soulé (1974)¹³⁰

Ces auteurs ont établi quatre "types" d'encoprétiques :

1) l'émission de selles est volontaire et active chez des enfants *agressifs* dont la pulsion d'emprise est impérialiste (type *délinquant*)

2) les souillures sont répétées chez des enfants *passifs* d'un milieu familial carenciel où le corps de l'enfant est peu ou mal investi libidinalement ; les bénéfices auto-érotiques sont faibles (type *clochard*)

3) l'enfant pousse activement à l'extrême le jeu masturbatoire du va et vient du bâton fécal ; l'auto-érotisme source d'un sentiment de toute puissance vient compenser les aléas de la relation (type *pervers*)

4) l'enfant présente une affection digestive ou recto-anale; des inquiétudes pédiatriquement fondées gauchissent la relation parents/enfant; une attitude du type 1,2,3 apparaît secondairement à un trouble somatique (type *malade*)

b) B. Cramer et coll. (1983)¹³¹

A partir de l'étude clinique de 36 encoprétiques, les auteurs proposent la classification suivante :

¹²⁹Mahler M., Pine F., Bergman A., *La naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot, 1980, p.105

¹³⁰Kreisler L. , Fain M. , Soulé M. , *L'enfant et son corps*, PUF, 1974.

¹³¹Cramer B. , Palacio-Espasa F. ,Dufour R, Gottardi P.Y. , Knauer D. , Trente six encoprétiques en thérapie in *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 2, 1983, p.309-410

1) Trouble réactionnel 6%

2) Organisation névrotique 66% :

-type conversion anale (prélatence, latence) ; il s'agit d'une problématique anale intergénérationnelle maternelle induisant une pression projective ; c'est une pathologie propice aux thérapies brèves interprétatives

-type obsessionnel plus rigide où la pensée est plus érotisée que les fèces; cette forme de pathologie dont l'ancrage est archaïque nécessite une thérapie plus longue

3) Organisation perverse 3% : elle se caractérise par une recherche consciente du plaisir anal et l'évidence du plaisir sadique et manipulateur; c'est une pathologie à prédominance narcissique

4) Organisation psychosomatique 3%

5) Trouble de la personnalité 19%

6) Organisation psychotique 0%

B. Cramer *et coll.* s'opposent à l'idée de plus grande sévérité des encoprésies primaires par rapport aux secondaires. Ils retrouvent plus d'organisations conversives facilement mobilisables dans les primaires et plus d'obsessionnels chez les secondaires. La majorité des enfants relèvent d'une organisation névrotique (66%). Leur faible pourcentage d'organisation psychosomatique (3%) correspond à l'utilisation de critères stricts d'une pathologie du manque et du vide de la pensée opératoire comme elle peut exister chez l'adulte mais peu en rapport avec la plasticité psychique de l'enfant. Ce que les auteurs décrivent comme une tentative d'organisation obsessionnelle attestant d'un "défaut d'élaboration névrotique" (p.362) s'apparente, selon nous, à la névrose à mentalisation incertaine (où le préconscient a un fonctionnement irrégulier) de l'école psychosomatique de Paris et trouve naturellement sa juste place dans l'organisation psychosomatique, dégagée de la rigidité des critères retenus ici. Nous partageons, *in fine*, avec les auteurs l'idée qu'une évaluation d'un défaut de mentalisation est difficile à entreprendre chez l'enfant s'il elle ne s'accompagne pas de la prise en compte du fonctionnement psychique parental (p.379). Pour un symptôme comme l'encoprésie, nous croyons, par contre, que cette évaluation interactive du lien parents/enfant favorise justement une localisation structurale évolutive de l'encoprésie selon les polarités névrotique et psychosomatique. Celle-ci s'avère essentielle pour formaliser une réponse thérapeutique appropriée.

c) Propositions S. Missonnier et N. Boige (1997)

ENCOPRESIE : REPERES STRUCTURAUX		
STRUCTURE	ELEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES	TYPOLOGIE
Réactionnelle	Trouble réactionnel : événement(s) de vie induisant une encoprésie transitoire	
Polarité névrotique	Trouble névrotique : le symptôme encoprétique est d'abord un message source de bénéfice secondaire auto-érotique, négociable et symbolisable; les points de fixations sont psychiques; l'expression somatique, le plus souvent contextualisée, peut se faire sur un mode expulsif ou rétentionnel, ou osciller; le symptôme est porteur d'un sens virtuellement ouvert à l'interprétation	a) Conversion anale (hystérie d'angoisse) : le corps parle; l'ambivalence s'incarne dans le corps; un mécanisme phobique sépare l'affect de la représentation des fèces b) Névrose obsessionnelle organisée : la pensée parle; la pensée est plus érotisée que les fèces; l'ambivalence se situe au niveau de la pensée (agressivité envers l'objet)
Mixte	Trouble névrotique à risque psychosomatique (défaut discontinu de mentalisation); le va et vient du bâton fécal est l'objet d'une subversion érotique ¹³² (perverse); menace de dérive de la dépendance auto-érotique vers une perversion autocalmante ¹³³ ; le symptôme n'est pas directement symbolisable; les points de fixations sont sensori-moteurs; il peut exister une composante dépressive; le symptôme est porteur d'un sens résistant à l'interprétation	a) Tentative d'organisation hystérique b) Tentative d'organisation obsessionnelle 3a et 3b : le corps et/ou la pensée parlent ("mentalisation incertaine")
Polarité psycho somatique	Trouble psychosomatique (défaut constant de mentalisation); le va et vient du bâton fécal est l'objet d'une subversion autocalmante; danger d'emprise addictive de cette répétition; le symptôme n'est pas symbolisable; les points de fixations sont somatiques; il existe une composante dépressive importante; le symptôme est porteur d'un sens étanche à l'interprétation	Ce tableau peut s'intégrer dans un trouble de la personnalité (pathologie narcissique/dépression, une dysharmonie évolutive, une prépsychose; le corps souffre ("névrose de comportement"))
Troubles sphinctériens et	Mentalisation, relation d'objet et	a) Encoprésie et psychose ¹³⁴ : comportement encoprétique du

¹³² Zweig G. , Relation mère-enfant machinale et procédés auocalmants in *Revue française de psychosomatique*, 8, 1995, 69-89; Subversion érotique et subversion autocalmante in *Revue française de psychosomatique* , 10, 1996, 47-58

¹³³ Zweig G. , *ibid.*,

¹³⁴ Canoui P. Encoprésie et psychoses infantiles, séance du 20 novembre 1982 de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent in *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1983,

<p>psychose</p>	<p>points de fixations archaïques</p>	<p>psychotique dissociant le dedans du corps du dehors et dont le sphincter anal peut-être retenu ou relâché augurant d'une sphinctérisation du moi corporel et d'une amorce de relation d'objet; probables angoisses de vidage anéantissant b) Incontinence psychotique : indifférenciation soi/hors-soi, soi/selles; le corps n'est pas investi comme contenant</p>
------------------------	---------------------------------------	--

Sur fond de réversibilité et d'évolutivité excluant *a priori* l'hypothèse d'une structure figée chez l'enfant, nous retenons ces repères structuraux pour baliser notre réflexion psychopathologique. Cette présentation synthétique a le mérite de bien illustrer la diversité clinique que l'intitulé diagnostique unitaire d'encoprésie risque de masquer.

Cette classification est le point d'aboutissement de deux approches convergentes : l'expérience d'une consultation centrée sur l'encoprésie dans un service de pédiatrie générale depuis 1994 et une étude nationale au sein du Groupe Francophone d'Hépatogastro-Entérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP)¹³⁵ qui nous a permis de soumettre à l'échelle nationale notre protocole de recherche. Cette enquête a été conduite par neuf centres du GFHGNP¹³⁶ à partir d'un questionnaire rempli pour chacun des 54 cas par le (gastro)pédiatre et le psychiatre ou le psychologue quand une double prise en charge existait (49 enfants sur 54). 22 encopréxies étaient primaires, le sex-ratio était de 2 garçons pour une fille, l'âge moyen à la première consultation de 6.4 ans.

Selon nos repères structuraux, les résultats chiffrés sont les suivants :

- 1) encoprésie réactionnelle : 3.7%
- 2) encoprésie à polarité névrotique : 11%
- 3) encoprésie "mixte" 22.2%
- 4) encoprésie à polarité psychosomatique 62.9%
- 5) trouble sphinctérien et psychose 0%

31 (4), p.209. Cet auteur préconise, avec raison, de différencier chez les enfants psychotiques l'incontinence, quand le corps n'est pas investi, de l'encoprésie impliquant la fonction contenante du corps.

¹³⁵ Boige N., Missonnier S. (1997) *Enquête sur l'encoprésie au sein du groupe francophone d'hépatogastro-entérologie et nutrition pédiatriques*, Communication au Congrès du Groupe Francophone d'Hépatogastro-Entérologie et Nutrition Pédiatriques de Pise, 20-22 mars 1997

¹³⁶ Centres de Nice, Lille, Genève, Tours, Mulhouse, Paris Trousseau, Montégnée, Versailles; coordinateurs B. Descos, A. Tennenbaum, F. Gottrand, P. Roy, C. Dieckmann, M. Larchet, M. P. Cordier, I. Paquot, M. Bellaïche, N. Boige.

Cette recherche a mis en évidence la récurrence de certains éléments anamnestiques et de troubles associés¹³⁷. En dépit de leur diversité, deux catégories nosographiques semblent émerger : les troubles suggérant une angoisse de séparation "pathologique"¹³⁸ et les troubles des conduites alimentaires. Les premiers, démontrent l'intrication développementale de l'apprentissage de la propreté et de la maturation du processus de séparation-individuation¹³⁹. Les seconds, soutiennent notre hypothèse théorique développementale d'un dysfonctionnement précoce de la balance des investissements narcissiques et objectaux au stade oral. Ce déséquilibre joue probablement un rôle de précurseur de l'encoprésie.

De façon convergente, les résultats de la recherche et l'analyse des troubles associés, posent la question de l'appartenance de l'encoprésie à la liste des symptômes psychosomatiques répondants au statut "d'équivalents dépressifs" chez l'enfant¹⁴⁰. En écho à cette interrogation, il semble capital de se demander quelle est l'histoire de la ligne de développement de l'auto-érotisme de l'enfant encoprétique. Or, chez lui, l'anamnèse semble indiquer, après coup, l'échec plus ou moins franc de sa fonction d'étayage permettant un accès de la relation d'objet à la "position dépressive"¹⁴¹. Si comme le fait remarquer justement D. Marcelli¹⁴², les angoisses de séparation préparent le travail d'élaboration dépressive, on peut présumer que des angoisses de séparation pathologiques le musellent.

Dans ce contexte d'insécurité de fond, l'encoprésie incarne une logique défensive contre la perte du "bon objet" menacé par sa réunion avec le "mauvais objet". Elle répond à la définition de symptôme dépressif au sens où elle exprime "une défense contre la position dépressive"¹⁴³. La "subversion auto-érotique" et la "subversion autocalmante"¹⁴⁴ sont deux stratégies

¹³⁷ séparation des parents 13, absence du père 6, séparation très précoce mère/bébé 5, dépression maternelle 5, décès d'un proche 4. ; énurésie 12, difficultés scolaires 11, troubles du sommeil 9, hyperkinésie 8, anorexie 8, trouble du langage 5, obésité 5.

¹³⁸Gorin V., Marcelli D., Ingrand P., (1996), Angoisse de séparation : étude épidémiologique sur 1206 enfants entre 2 et 7 ans in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 44,9-10, 411-422 et Vila G., Mouren-Siméoni M.C. (1992), Angoisse de séparation développementale in *Devenir*, 4, 4, 119-134

¹³⁹Mahler M., Pine F., Bergman A., *La naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot, 1980

¹⁴⁰ Golse B., Messerschmitt P. (1983), *L'enfant déprimé*, PUF, Nodules, p. 36-42 et Marcelli D., (1996), La dépression chez l'enfant in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, T.II, p.1437-1461

¹⁴¹ Klein M., (1934), Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs, *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1968, 311-340

¹⁴² Marcelli D., (1996), La dépression chez l'enfant in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, T.II, p. 1446

¹⁴³ Marcelli D., (1996), La dépression chez l'enfant in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, T.II, p. 1452

¹⁴⁴ Zweig G., Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants in *Revue française de psychosomatique*, 8, 1995, 69-89; Subversion érotique et subversion autocalmante in *Revue française de psychosomatique*, 10, 1996, 47-58

défensives contrastées mais, à ce titre, dialectiquement cohésives. Avec la structuration mixte, qui représente 22.2% de notre population d'encoprétiques, la subversion érotique paraît interprétable en termes de contre-investissement défensif contre la position dépressive. Dans cette mouvance, la menace de la subversion autocalmante est comprise comme une réponse extrême de déni de la position dépressive.

La discrimination d'une encopresie de polarité névrotique ("subversion auto-érotique"¹⁴⁵) et de polarité psychosomatique ("subversion autocalmante"¹⁴⁶.) repose sur la forme clinique distincte de cette mutation de la fonction excrétoire.

La mise en scène auto-érotique correspond chez l'enfant à une satisfaction pulsionnelle dans la décharge qui lui permet d'obtenir des bénéfices secondaires même si leur valeur est exposée à la dévaluation de l'automatisme de répétition. Cette névrotisation est compatible avec une symbolisation partielle du scénario.

La mise en acte d'un système défensif autocalmant correspond à une radicalisation plus aliénante : la sédation obtenue par ce processus mécanisé "ne dure pas et l'excitation revient inéluctablement"¹⁴⁷. Cette "pure répétition" du va et vient du bâton fécal est "une sorte de jeu de la bobine raté, ne permettant pas de maîtriser, d'élaborer et de symboliser l'absence de l'objet" (*ibid.*, p. 51). Les données que nous avons recueillies indiquent que 62.9% d'enfants encoprétiques rencontrés en consultation relèvent de cette polarité psychosomatique inquiétante.

Ces deux stratégies défensives sanctionnent une contenance¹⁴⁸ environnementale défailante, en l'état, incompatible avec la négociation de ce processus de séparation-individuation inhérent à l'apprentissage de la propreté. Leur évolution sera étroitement liée aux interactions de l'enfant avec son entourage. Dans le meilleur des cas, si cet enfant consulte, il recevra une réponse thérapeutique "sur mesure" dont nous allons maintenant étudier la mise en oeuvre.

VIII ENCOPRESIE ET APPROCHE BI-FOCALE

¹⁴⁵ Zweig G. , Relation mère-enfant machinale et procédés auocalmants in *Revue française de psychosomatique*, 8, 1995, 69-89; Subversion érotique et subversion autocalmante in *Revue française de psychosomatique* , 10, 1996, 47-58

¹⁴⁶ Zweig G. , Relation mère-enfant machinale et procédés auocalmants in *Revue française de psychosomatique*, 8, 1995, 69-89; Subversion érotique et subversion autocalmante in *Revue française de psychosomatique* , 10, 1996, 47-58

¹⁴⁷ Zweig G. , Subversion érotique et subversion autocalmante in *Revue française de psychosomatique* , 10, 1996, p. 49

¹⁴⁸ Anzieu D. La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir in Anzieu D. et coll. , *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod, 1993

a) Notre approche

Notre activité s'inscrit dans le cadre d'un service de pédiatrie générale d'un hôpital public. NB, pédiatre spécialisée en gastro-entérologie exerce une activité de consultations et d'explorations fonctionnelles digestives. SM est psychologue-psychanalyste dans le service. C'est à partir d'un besoin d'avis complémentaires du gastro-pédiatre que s'est instauré peu à peu un dialogue clinique bi-disciplinaire. Initialement informel, cet échange est devenu plus régulier puis s'est matérialisé dans une recherche clinique.

Ce travail concerne des patients de 3 à 15 ans adressés en consultation de gastroentérologie pédiatrique par leur pédiatre ou leur médecin de famille. Dans notre protocole, la consultation gastro-pédiatrique est la première étape systématique. Elle vise à établir une évaluation psychosomatique du symptôme de l'enfant dans sa famille. Trois configurations sont possibles à l'issue de cette évaluation initiale :

- le traitement de l'encoprésie est assumé par le gastro-pédiatre seul
- la formalisation est identique, mais l'action thérapeutique du gastro-pédiatre est complétée par des échanges avec le psychologue
- la gastro-pédiatre propose à l'enfant et à sa famille une double prise en charge (NB+SM).

Jusqu'à présent, nous n'avons pas eu recours à l'hospitalisation. Dans de rares situations, où un soulagement mécanique rapide doit être apporté à l'enfant (évacuation de fécalome entraînant une subocclusion) et où l'intervention ne peut pas être effectuée par une infirmière en consultation externe, l'enfant est hospitalisé quelques heures.

Dans les autres cas, contrairement à certaines équipes qui proposent une hospitalisation avec séparation parents/enfants, nous ne croyons pas au bénéfice évaluatif et thérapeutique de cette procédure. Au contraire, la forte résonance interactive dans l'émergence et la pérennisation du symptôme encoprésie, nous incite à pratiquer une approche familiale. Ceci est aussi une façon délibérée de ne pas disqualifier les parents : une séparation parents/enfant peut rigidifier ou induire une suspicion sur les compétences parentales souvent déjà mises en doute par l'encoprésie. De plus, dans de nombreuses situations, l'hospitalisation vient se substituer à une mobilisation thérapeutique de la famille en consultation. Dans un contexte de dysfonctionnement des liens d'attachement, une séparation risque de s'inscrire dans la lignée d'une répétition traumatique et d'une confirmation masochiste.

b) Le cadre général de la consultation Gastro-pédiatrique initiale : "du symptôme vers la personne"¹⁴⁹ (NB)

Il nous semble utile d'apporter un témoignage de la première consultation gastro-pédiatrique, afin d'en évaluer les leviers thérapeutiques et

¹⁴⁹Devroede G. La constipation : du symptôme vers la personne. *Gastroenterol Clin Biol* 1985, 9, 3-6.

les limites invitant à une prise en charge complémentaire psychologique. Ma pratique s'inspire initialement de la consultation pédiatrique classique et elle s'est transformée au fil des rencontres avec les jeunes patients en une approche plus clairement psychosomatique compatible avec la nécessaire précision de l'évaluation somatique initiale.

La première consultation a un rôle fondamental d'évaluation du symptôme et du patient dans son environnement, de mobilisation, d'orientation et déjà de thérapeutique. L'attention est double d'emblée : elle tente d'englober les facettes organique et psychologique de ce symptôme.

1) Le symptôme et ses résonances

Il s'agit d'un symptôme honteux, source de rejet social et parental. L'enfant est en difficulté, débordé par son symptôme. Les parents sont inquiets d'une incontinence (évocatrice de dégénérescence, de maladie neurologique, de sénescence), d'une cause organique sous-jacente (malformative, neurologique) ou d'une mise en cause de l'état psychologique de leur enfant ce qui est pour eux souvent synonyme de remise en cause de leurs compétences de parents.

2) les objectifs de la première consultation : le décriptage du symptôme

Face à cet état de fait, la consultation gastropédiatrique propose un lieu d'accueil bienveillant et neutre pour l'enfant et ses parents favorisant la mise en mots du symptôme. La démarche semiologique va évaluer chez cet enfant la sévérité des composantes gastroentérologique et psychologique de l'encoprésie.

La première demande des parents à considérer est fréquemment d'éliminer une pathologie organique. Cette réassurance est souvent un préalable à leur adhésion à une prise en charge adaptée, gastro-entérologique et/ou psychologique.

Il est nécessaire ensuite de transmettre aux parents, ainsi qu'à l'enfant, des explications physiopathologiques, mes hypothèses sur l'étiologie du symptôme et sur les possibilités thérapeutiques.

Ceci permet d'organiser avec eux, dans une logique temporelle et une complémentarité négociée explicitement, une prise en charge globale adaptée parmi les options thérapeutiques possibles : traitement médical, prise en charge psychologique, rééducation sphinctérienne éventuelle.

3) L'anamnèse :

"L'interrogatoire" médical donne la parole alternativement à l'enfant et aux parents et oscille entre l'organique et le psychologique.

Le motif allégué de la consultation est intéressant : constipation, diarrhées (en fait fausses diarrhées), incontinence, voire douleurs abdominales. L'enfant, et même les parents n'osent souvent pas nommer le trouble pour lequel ils consultent. Ils sont parfois seulement capables de tendre une lettre du médecin traitant sans aucune explication. Néanmoins, l'encoprésie est rapidement repérée et désignée (fuites de selles, débordements, accidents, souillures etc...) dès que l'on engage la conversation avec l'enfant et ses parents.

Le questionnement est d'abord symptomatique : à l'aide de questions simples et directes à l'enfant, on l'aide à sortir du non-dit concernant son symptôme et la défécation d'une façon plus générale, en lui permettant de décrire son comportement autour de cette fonction, à laquelle on restitue son importance et sa complexité éventuelle. Ce dialogue au sujet de du symptôme, aide le jeune consultant à prendre conscience de sa physiopathologie et des facteurs étiologiques possibles.

Dans cet esprit, je demande à l'enfant s'il ressent le besoin d'aller à la selle, et quelle est alors son option : va-t-il aux toilettes ou lui arrive-t-il de se retenir? Quand surviennent les souillures, les ressent-il lorsqu'elles se produisent, comment vit-il ces accidents? Y a-t-il un retentissement scolaire, social? A-t-il des selles aux toilettes entre les accidents? Je lui demande de décrire les sanitaires à l'école, à domicile.

Il est important de préciser aussi avec l'enfant et ses parents s'il s'agit d'une encoprésie primaire ou secondaire, et continue ou non. En effet, l'existence de périodes de rémission où la continence est normale sera un fait rassurant sur la normalité des potentialités organiques, et également sur la plasticité psychique de l'enfant.

Dans les antécédents médicaux, j'interroge en premier lieu les parents sur l'anamnèse gastro-entérologique de leur enfant. Ce dialogue se révèle être également informatif sur la façon dont eux-même appréhendent le transit intestinal et l'analité. On recherche des antécédents de constipation (il existe parfois un passé de constipation sévère depuis la naissance), de fissures anales rendant les défécations douloureuses, de rectorragies. On précise les traitements déjà utilisés, tels que lavements, hospitalisations pour évacuation de fécalome. Il peut, à l'inverse, s'agir d'antécédents de diarrhées et d'érythème fessier du nourrisson laissant des souvenirs pénibles.

Je recherche les maladies qui ont laissé des traces importantes pour l'enfant et ses parents et les antécédents d'interventions chirurgicales, de séparations pour hospitalisation. A ce propos l'exemple de deux petits patients consultant pour encoprésie primaire méritent d'être rapporté. Ils avaient comme antécédent commun une invagination intestinale aiguë dans la première année de vie. Ils ont tous les deux été opérés en urgence, et l'un a passé quelques jours en réanimation. Dans les deux cas, l'évolution a été très rapidement favorable sur le plan médical, mais les parents ont eu une impression de mort

imminente et ont gardé une anxiété majeure, plus spécifiquement orientée sur le fonctionnement digestif de leur enfant.

L'historique de l'apprentissage de la propreté est une information centrale :

- l'âge de la proposition du pot peut être anormalement précoce, dans un contexte rigide et coercitif de la part des parents ou de la nourrice.

- au contraire, les parents sont parfois trop permissifs et incapables d'offrir un cadre développemental structurant. Il peut exister une discordance entre l'attitude des parents et des substituts parentaux. Les réactions de l'enfant à l'apprentissage peuvent être positives initialement et négatives secondairement; quelquefois, on assiste d'emblée à un refus, voire un comportement phobique.

Je fais préciser l'âge d'acquisition de la propreté pour les urines, de jour et de nuit. L'enfant peut avoir une énurésie associée à l'encoprésie, ce qui va influencer les démarches diagnostique et thérapeutique, ou parfois, une alternance "relais" des deux symptômes. Dans d'autres cas enfin, le contrôle des urines a toujours été parfait.

L'enfant étant avant tout un être dont le devenir est indissociable de son contexte sociofamilial, je fais préciser par les parents les principales étapes de sa maturation psychomotrice, son rang dans la fratrie, la situation familiale... Je tente d'explorer les résonances familiales du symptôme. Je m'intéresse aux activités coutumières de l'enfant, au rythme de vie.

Je recherche avec l'enfant et ses parents d'autres clignotants de souffrance psychologique (retard de langage, énurésie, troubles des fonctions vitales : sommeil, alimentation, troubles du comportement) et des hypothèses psychopathologiques sur l'apparition du symptôme. Dans la phase initiale de l'évaluation, les événements de vie marquants : deuils, séparation, naissance d'un puîné, chômage parental, maladie... sont les plus facilement mobilisables et élaborables.

4) L'examen clinique pédiatrique

L'examen clinique est général, et plus précisément gastro-entérologique et neurologique. Il est intrusif, potentiellement traumatique dans ce contexte de souffrance psychique et de symptôme honteux. Je vais donc en expliquer chacune des étapes et son intérêt à l'enfant. Au delà de sa nécessité clinique, l'examen physique commenté participe déjà à l'amélioration de la représentation du symptôme : il a, à ce titre, une fonction d'étayage pédagogique et psychothérapeutique.

Je note les données pédiatriques habituelles : poids, taille. Un ballonnement abdominal, la présence de fécalomes à la palpation abdominale sont recherchés. Il est nécessaire de faire un examen de la marge anale pour

déterminer la présence de selles lors de l'examen, de fissures anales, de cryptite ou de papillite au niveau du canal anal. Un toucher rectal montre souvent la présence d'un fécalome rectal plus ou moins dur, parfois mou. Lors de cet examen, j'apprécie déjà la sensibilité locale et la commande sphinctérienne volontaire; on peut suspecter un asynchronisme lors de la demande de poussée volontaire. Un examen neurologique général et du périnée est aussi effectué.

Le comportement de l'enfant durant l'entretien et sa réaction à l'examen sont des éléments sémiologiques fondamentaux. Durant l'examen, je suis étonnée par le contraste entre la pudeur, le retrait importants de certains enfants, et l'apparence totalement passive et indifférente d'autres patients. Des enfants arrivent en consultation déjà souillés de selles, alors que d'autres ont fait un effort de propreté préalable. Au fil de la consultation, l'enfant peut paraître progressivement attentif, intéressé et coopérant, rassuré, ou au contraire, il peut rester renfrogné, passif, avec une certaine dépressivité, voire totalement phobique, ou agressif vis à vis du ou des parent(s) présent(s) ou du médecin. Il est parfois dans une attitude régressive, collé et retranché derrière sa mère, incapable de verbaliser. Globalement, il s'agit d'une situation privilégiée d'observation des interactions de l'enfant avec l'environnement et du rapport de l'enfant à son corps.

5) L'impression sur la pathogénie du symptôme

Des informations de l'entretien et de l'examen, se dégage une première impression sur les facteurs en cause sur le plan somatique et psychologique chez le patient. Je les transmets et les commente pour mes interlocuteurs.

Les données de l'examen corroborent le plus souvent celles de l'interrogatoire. Les fréquentes encoprésies essentiellement rétentionnelles (rétention active) avec ou sans constipation antérieure sont confirmées par l'existence d'une stase stercorale à l'examen clinique, contrairement aux plus rares encoprésies situées sur le versant expulsif. La situation sera encore très différente selon qu'il s'agit de l'expulsion active, plus ou moins contextualisée de selles normales, ou de la perte passive de selles trop molles qui est parfois observée chez des enfants ayant un côlon irritable sous-jacent. Chaque situation clinique peut être de survenue primaire ou secondaire dans la vie de l'enfant et comporte ou non des périodes de rémission. Enfin, chaque tableau clinique peut être associé à un contexte psychopathologique plus ou moins lourd. Il n'y a pas de relation directe entre le type clinique et une sévérité psychologique particulière dans notre expérience, pas plus qu'il n'existe de différence de gravité entre encoprésie primaire et secondaire.

L'analyse précise du symptôme sur le plan somatique ne vise pas l'établissement d'un pronostic, mais la formalisation des explications physiopathologiques qui seront données à l'enfant et ses parents, la

discussion d'un traitement médicamenteux adjuvant et, parfois, d'explorations complémentaires initiales.

6) Les examens complémentaires

Cette évaluation initiale sert de base pour organiser les examens complémentaires s'ils sont nécessaires afin d'éliminer une cause organique et permet d'élaborer une stratégie thérapeutique.

La radiographie d'abdomen sans préparation est souvent utile d'emblée. Elle aussi a une valeur d'étayage représentationnel et d'induction pédagogique grâce à la visualisation de la stase stercorale colique et rectale. Le cliché est montré et commenté à l'enfant et à ses parents ce qui leur permet de différencier visuellement une incontinence, d'une rétention avec des débordements.

C'est en fait la sévérité de la constipation sous-jacente, ou la constatation d'anomalies neurologiques qui vont requérir les examens suivants. Les explorations à la recherche d'une cause organique seront plus justifiées en cas d'encopésie primaire et continue.

La manométrie anorectale n'est souvent programmée que dans un second temps, après mise en route du traitement. Il y a cependant des exceptions: la demande expresse du médecin traitant, une inquiétude parentale particulière ou certaines situations cliniques imposant d'éliminer rapidement une cause organique (par ex.: une subocclusion compliquant une constipation primaire sévère). Ce délai rend souvent sa réalisation inutile en cas d'amélioration de la symptomatologie. De plus, cet examen est plus invasif, et il ne peut pas être réalisé en période de douleurs anales.

On étudie la présence du réflexe rectoanal inhibiteur, la sensibilité rectale (seuil de perception, volume maximal tolérable), la compliance rectale, la contraction volontaire du sphincter, la qualité de la poussée volontaire. On recherche un asynchronisme abdomino-sphinctérien.

Le lavement baryté est parfois utile en cas de constipation sévère, pouvant montrer un mégadolichocôlon.

Une biopsie rectale est exceptionnellement indiquée par un tableau d'adynamie intestinale faisant rechercher une anomalie neuro-musculaire.

7) Les explications

Un temps fondamental de cette première consultation est celui des explications diagnostiques et thérapeutiques à l'enfant et aux parents fournies par le somaticien : j'explique à l'aide de schémas, dessinés devant mes interlocuteurs, le mécanisme de la défécation, de la rétention, de la distension rectale avec disparition de la sensation de besoin et des fuites par débordement.

Il me paraît important que le médecin livre et explicite son impression initiale sur les facteurs en cause dans l'apparition du symptôme chez ce patient en adoptant un point de vue psychosomatique qui allie les données organiques recueillies et les hypothèses étiologiques psychopathologiques.

8) Les orientations thérapeutiques

Les propositions, adaptées au patient dans leur choix et leur *timing*, sont explicitées à l'enfant et à ses parents. Dans le cadre de notre approche holistique, les aspects somatique et psychique du traitement sont abordés lors de cette première consultation :

-aspect somatique

La constipation doit être traitée si elle existe, selon son importance. En effet, le dérèglement organique peut être tel qu'il rend momentanément irréversible et pérennise le symptôme, quelles que soient les dispositions psychologiques. Par exemple, l'existence d'un volumineux fécalome va nécessiter une évacuation initiale par des lavements doux, afin de permettre à l'enfant de retrouver la sensation de besoin et de reprendre le contrôle de ses défécations. Il faut aussi être attentif aux douleurs anales, qui entraînent la rétention par crainte de la défécation douloureuse, en donnant des traitements cicatrisants locaux en cas de lésions anales mécaniques. En dehors de ces deux situations, il est préférable d'éviter les traitements par voie anale, en prescrivant des laxatifs doux par voie orale qui sont faciles à prendre¹⁵⁰ L'action de chaque médicament est expliquée à l'enfant et aux parents, ainsi que l'absence de nocivité de ce type de traitement et d'accoutumance, afin qu'ils puissent adapter éventuellement la posologie en fonction de l'évolution. On insiste, en cas de constipation, sur l'importance de l'observance de ce traitement sur une période assez longue pour éviter les rechutes. De fait, le traitement médicamenteux de la constipation joue un rôle fondamental dans la réversibilité du symptôme.

Je donne également à l'enfant des conseils de guidance simple pour éviter la rétention, une fois qu'il en a compris le rôle étiologique : on l'invite à prêter attention aux messages issus de son corps (envie d'aller à la selle) afin d'y répondre de façon adaptée, et également à essayer d'aller à la selle avant de partir à l'école, ou après certains repas en profitant du réflexe "gastro-colique".

Sur le plan diététique, contrairement à ce qui est pratiqué dans le traitement au long cours de la constipation de l'adulte, il nous semble préférable de laisser les enfants le plus libres possible, afin d'éviter d'ajouter une mesure

¹⁵⁰ Des lubrifiants, tels que Laxamalt[®] ou Lansoyl[®], laxatifs osmotiques tels que Duphalac[®], Importal[®] ou Transipeg[®]

coercitive, source de fixation obsessionnelle, dans une famille où la relation parents-enfant est déjà souvent favorable à ce type d'attitudes.

La rééducation anorectale par biofeed-back n'est utilisée que dans un second temps, et de façon exceptionnelle dans notre expérience. Cet abord thérapeutique peut être bénéfique chez certains enfants. D'une part, on distingue ceux qui sont en situation d'échec du traitement gastro-entérologique "classique" (ramollissement des selles, guidance). D'autre part, l'indication est pertinente pour les enfants qui restent dépendants d'un traitement médicamenteux anormalement lourd, par impossibilité organique mécanique à répondre de façon adaptée aux stimuli avec une coordination correcte (asynchronisme poussée/relaxation, altération de la sensibilité) alors qu'ils paraissent motivés et désireux de faire disparaître leur symptôme. Chez ces encoprétiques, la phase d'apprentissage ne s'est probablement pas déroulée de façon efficiente ou ces acquis ont été perdus secondairement (ex. douleurs anales sur fissures laissant après leur disparition un asynchronisme abdomino-sphinctérien). Ils n'aboutissent pas à une défécation volontaire automatiquement coordonnée et ils ont besoin du support de l'image pour traduire et intégrer leurs sensations afin de coordonner leurs actions motrices volontaires (poussée, relaxation, contraction).

La rééducation peut être effectuée par un/e infirmier/e spécialisé/e, un kinésithérapeute, ou le gastro-pédiatre. Quelle que soit la formation du soignant, on observe deux facteurs communs de l'action thérapeutique du biofeed-back : l'importance de l'investissement mutuel de la relation enfant/thérapeute et l'amélioration chez l'enfant de sa représentation du processus de la défécation à l'aide du support visuel et des explications. D'ailleurs la reconnaissance par les défenseurs de biofeed-back de la primauté de ces opérateurs thérapeutiques devrait permettre d'amorcer un dialogue avec les promoteurs de la psychothérapie. Cette confrontation mettrait certainement en évidence le constat commun de la défaillance de la représentation de l'enfant encoprétique et la nécessité d'en étayer le fonctionnement pour le dynamiser. Un débat sur les réponses spécifiques apportées par chaque technique permettrait, peut-être, d'établir des indications complémentaires et non exclusives.

-aspect psychique

Répetons le, il est fondamental de se situer dès cette première consultation dans une optique psychosomatique et d'aborder d'emblée avec l'enfant et la famille le sens psychopathologique du symptôme dans une formulation respectueuse des mécanismes défensifs appréhendés. Si cette approche n'est pas revendiquée, le sens psychique du symptôme risque d'être scotomisé à la suite d'une amélioration qui peut être rapidement obtenue. Ceci constitue notre forme d'écoute du symptôme. Ce dernier gagne à être "respecté" au sens de D.W. Winnicott s'il est synonyme de régression réparatrice. Pour qu'il en soit ainsi, cette régression doit s'effectuer dans des conditions contenantantes favorable comme dans le cas d'énurésie que traite

Winnicott avec une mère qui est une remarquable alliée thérapeutique¹⁵¹. Or, l'encoprésie est un "S.O.S" dont les conséquences auto-érotiques, relationnelles, sociales ou scolaires ne sont pas restauratrices pour l'enfant et son environnement mais de plus en plus néfastes. Par conséquent, face à ce symptôme, en libérer l'enfant n'empêche pas simultanément d'en favoriser le décriptage.

La question sous-jacente à l'issue de cette première consultation gastro-pédiatrique est celle de la pertinence d'une proposition à l'enfant et à sa famille d'une prise en charge psychologique complémentaire.

c) L'orientation vers le psychothérapeute

1) l'orientation ne s'impose pas

Parfois l'étiologie organique est au premier plan dans certaines encopries transitoires qui sanctionnent une vive douleur physique méconnue ou négligée : certains enfants ont des défécations très douloureuses dues à des fissures anales ou d'autres lésions mécaniques issues d'une constipation sévère non traitée. La douleur entraîne une rétention puis une aggravation rapide de la constipation. Un fécalome se forme ainsi et entraîne une subocclusion avec perte du besoin et du contrôle des exonérations : une encoprésie peut s'être installée ainsi depuis plusieurs mois avant la consultation. Le traitement gastroentérologique seul, dans sa globalité, et les explications physiopathologiques, vont rapidement soulager l'enfant, lever la rétention, et rassurer la famille. Ces situations témoignent néanmoins d'une empathie déficiente des parents à l'égard de leur enfant en particulier à l'égard de son corps.

Chez les autres patients, l'orientation dépend des hypothèses interprétatives dégagées lors du premier entretien, et de la réactivité de l'enfant et de sa famille à ces hypothèses. La proposition de consultation psychologique se fait au cas par cas, en évaluant les défenses des parents, sources possibles de rupture, et en sachant faire mûrir la demande.

Dans certaines situations (encoprésie "réactionnelle", ou dans certains cas de polarité névrotique en particulier conversive) se dégage du premier entretien une hypothèse étiologique claire, en présence d'une famille prête à se

¹⁵¹Une ambiguïté semble s'être imisée au sujet du sens du respect du symptôme chez Winnicott dans son article Le respect du symptôme en pédiatrie. Exposé d'un cas (1953) *in* : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, traduction française de J. Kalmanovitch, Payot, 1969, p. 289-307. Une lecture attentive de l'article montre bien que l'enfant dont il est question consulte pour des conduites de vol qui motivent son renvoi de l'école. Winnicott à la lumière de l'anamnèse considère que cet enfant doit opérer une régression réparatrice d'une souffrance psychique endurée quand il avait deux ans : c'est dans ce contexte que l'énurésie survient et doit-être respectée comme un point nécessaire à atteindre pour opérer un nouveau départ. Le symptôme de vol, à l'origine de la crise induisant le renvoi puis la consultation, n'a pas été "respecté" par Winnicott : il a disparu à l'issue de la première séance.

mobiliser et à travailler avec l'enfant, qui semble désireuse d'un échange monodisciplinaire, et d'un temps de maturation autonome. L'orientation ne se justifie pas, et pourrait même parfois mettre en péril ce premier investissement du gastro-pédiatre par l'enfant et sa famille, en lui-même porteur d'une dynamique thérapeutique. La nature de la mentalisation de l'enfant, de ses parents et de leur échanges lors de la première consultation occupe une place centrale dans la décision de ne pas orienter vers le psychothérapeute. La lisibilité spontanée du symptôme par l'enfant et sa famille plaide nettement en ce sens. Si seul le médecin le ressent immédiatement comme signifiant, c'est sur la réceptivité familiale de l'esquisse interprétative qu'il va en proposer qu'il appuiera sa décision. Une authentique mobilisation face à ce test interprétatif poussera le clinicien à réagir aussi en ce sens.

Mon rôle sera alors d'accompagner l'enfant et sa famille vers une issue positive du symptôme, de la reconnaissance du sens de la souffrance psychique sous-jacente, et de m'assurer qu'elle ne réapparaît pas, déplacée, sous un nouveau masque.

Enfin, dans deux situations particulières, l'orientation n'est pas non plus d'actualité :

-un patient vient spécifiquement consulter pour une encoprésie alors que ce trouble sphinctérien s'inscrit dans un tableau psychopathologique plus large pour lequel il a déjà un suivi régulier (par ex.: en institution ou suivi libéral). Dans ce premier cas, je vais proposer d'harmoniser les interventions par des échanges entre les différents soignants, les parents et l'enfant.

-un enfant et sa famille sont en rupture d'un suivi psychothérapique : soit par interruption précoce par exacerbation de réactions défensives familiales, soit après une séparation tardive par déception de la famille devant un travail qui a échoué sur le symptôme. Mon objectif consiste alors à m'opposer au clivage trop fréquent entre le somatique et le psychique. Je vais proposer un abord différent, psychosomatique, tout en répondant à l'attente des parents par un éclairage somatique, des explications physiopathologiques du symptôme, et un traitement médicamenteux adjuvant s'il est requis. Je vais tenter de faire ainsi un lien entre psyché et soma, et de positionner l'encoprésie dans le contexte psychopathologique tout en respectant les mécanismes défensifs en présence.

2) l'orientation est proposée

Qu'elle soit proposée d'emblée ou "négociée" dans un second temps, à visée évaluative et/ou thérapeutique, l'orientation s'impose au gastro-pédiatre essentiellement face aux formes d'encoprésie relevant de la structure mixte ou de la polarité psychosomatique. Ces indications correspondent aux situations où :

- le symptôme reste énigmatique pour le médecin et la famille: la consultation psychologique a d'emblée une indication d'évaluation et de traduction.

- le symptôme peut être lisible par le praticien, mais celui-ci est face à une famille aux défenses figées. Elle reste étanche à ses propositions

interprétatives et hostile à toute mise en sens du symptôme dont la levée mettrait en péril son homéostasie. L'orientation sera alors progressivement préparée par des consultations gastropédiatriques sensibles à la maturation de la place et du sens du symptôme dans la famille.

- l'enfant présente une pathologie de la personnalité non suivie qui va nécessiter une réponse psychothérapique d'envergure : le symptôme encoprétique, qui n'est qu'une facette d'une dysharmonie évolutive préoccupante, justifie, sans plus attendre, une évaluation psychopathologique de l'enfant et de sa famille.

Cette première consultation part donc du symptôme, mais vise une approche holistique du patient et de son environnement. Dans l'interaction entre le somatique et le psychique, on constate tous les degrés dans la prééminence de l'un ou de l'autre. Dans tous les cas, se pose la question de la formalisation de la mise en sens du symptôme et c'est le point de convergence avec le psychologue : pourquoi un enfant constipé devient-il encoprétique? Qu'est-ce qui a fait émerger ce symptôme chez cet enfant? Quel est le message contenu dans ce symptôme? Qu'est-on en train de soigner et de ne pas soigner?

d) Les consultations psychologiques (SM)

1) Echanges NB/SM

La consultation psychologique démarre avant la rencontre directe avec l'enfant et sa famille : les échanges préliminaires NB/SM viennent préparer ce moment. Compte tenu de l'amplitude médico-psycho-sociale de la consultation de NB, il est important pour moi de connaître l'essentiel des éléments recueillis par elle et plus précisément :

- la réactivité des parents aux éléments psychothérapiques de son cadre de consultation

- son ressenti transférentiel et contre-transférentiel, son vécu des consultations

- son évaluation de l'économie psychosomatique individuelle et familiale : c'est l'estimation de la nature de la mentalisation parentale et de l'enfant, de la dynamique familiale, de la position du symptôme selon les polarités névrotiques et psychosomatiques de nos repères structuraux

- ses motivations qui l'on conduite à cette orientation vers moi

La première étape de l'évaluation psychologique s'effectue donc à partir de l'analyse des critères qui ont conduit ma collègue à cette maturation lente ou rapide de l'orientation. Cette collaboration, fondée sur ces échanges, ne se limite pas à l'inauguration mais se poursuivra tout au long de mes consultations. L'enfant et les parents sont explicitement informés (par NB et

SM) de la modalité interactive de notre collaboration. Selon une chronologie variable, l'orientation vers moi de NB, s'accompagne toujours de rendez-vous ultérieurs programmés avec elle.

2) L'évaluation psychopathologique

Il m'apparaît avec force combien ces consultations en deuxième intention diffèrent de mes premiers rendez-vous "tout venant". Je dispose d'informations extrêmement précises au départ et je bénéficie d'un "pré-transfert" élaboré au cours des consultations gastropédiatriques.

En tentant toutefois de ne pas être prisonnier de ces *a priori*, je propose à mes interlocuteurs un cadre à mi-chemin entre la dynamique classique des premiers entretiens en pédo-psychiatrie et celle des consultations thérapeutiques. L'évaluation psychopathologique de l'enfant et sa famille va s'organiser autour des axes suivants :

- en ouverture, un recueil des témoignages spontanés de l'enfant et des parents. Cette absence de directivité du clinicien au départ a au moins deux justifications. D'abord, elle place à un moment inaugural l'enfant et ses parents en position de sujets connaissant. Ensuite, elle permet d'observer si les parents, l'enfant verbalisent spontanément une théorie étiologique sur le symptôme. Or, l'accueil de la présence ou de l'absence d'éléments explicatifs représentent une étape sensible dans la formalisation du cadre et, en miroir, de la nature du symptôme. En plein ou en creux, la "fantasmatique étiologique"¹⁵² implicite qui transparaît en filigrane à travers le discours explicite permet souvent au clinicien d'esquisser les premières hypothèses sur le fonctionnement psychique individuel et familial. La maturation et la tonalité de l'élaboration effectuée en amont par l'enfant et ses parents avec NB sur la signification psychosomatique du symptôme transparaît nettement lors de ce premier contact.

- un entretien anamnestique détaillé parents/enfant semi-directif. Je tente d'y être particulièrement attentif aux aspects périnataux, au développement du nourrisson indissociable de son entourage. L'accent est mis sur la genèse de la transitionnalité et de la relation d'objet, sur la qualité des liens d'attachement, sur le repérage d'éventuels symptômes à expression somatique et notamment ceux concernant l'alimentation, la digestion, l'élimination et le sommeil. L'évaluation de la ligne de développement de la balance entre ce que nous avons pointé comme investissement objectal et auto-érotique retient toute mon attention. L'appréciation de l'économie psychosomatique de l'enfant est au coeur de cette exploration. Elle recouvre schématiquement une évaluation de son fonctionnement psychique, de son "épaisseur" régressive et des points de fixations tels que nous les avons définis. Les traumatismes rencontrés par l'enfant et sa famille au cours de son développement trouvent ici leur place ainsi que les "événement de vie"

¹⁵²Ferrari P., Réactions psychologiques dans les maladies chroniques de l'enfant in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 37, 8-9, 1989, 415-419

(séparation, maladie, naissance puîné, conflictualité parents, deuils, déménagements, migration...).

- des données descriptives détaillées de l'apprentissage de la propreté et de l'encoprésie de l'enfant au niveau comportemental, affectif et fantasmatique

- une analyse des résonances familiales intergénérationnelles de ce symptôme comprenant, entre autres, l'anamnèse parentale de leur éducation sphinctérienne et son impact sur le tableau actuel.

- une évaluation de la dynamique familiale. La place prise spontanément par l'enfant au cours de l'entretien non directif du départ puis ensuite en réponse aux questions posées lors de l'échange semi-directif est toujours très significative. L'enfant, selon son âge et compte tenu du contexte potentiellement inhibant de la consultation et du symptôme, est-il bien informé des raisons de cette rencontre? Est-il en position de sujet communicant sur son symptôme en présence d'un parent et du clinicien?

- une évaluation psychologique individuelle avec l'enfant seul. Le refus, l'acceptation d'emblée ou après une latence variable de ce scénario par l'enfant, les parents sont riches d'enseignements. La confrontation de la position de l'enfant en présence et en l'absence des parents est ici centrale. Après cette séparation transitoire, la séquence des retrouvailles est aussi de première importance pour appréhender la nature de l'attachement¹⁵³.

Face à des familles migrantes, le contexte culturel spécifique des données recueillies devra être pris en compte.

Le projet psychothérapique

Après les entretiens évaluatifs (généralement 2 à 3 entretiens) une synthèse est effectuée avec NB. Au vue de l'ensemble des données réunies et de l'évolution, une option thérapeutique est éventuellement retenue et proposée. On distingue schématiquement les indications psychothérapiques suivantes dans notre service et à l'extérieur :

1) dans notre service dans le cadre de la consultation de pédiatrie :

- poursuite des entretiens parents/enfant sous forme de consultations thérapeutiques avec SM. Le plus souvent, ces séances se divisent en un premier temps d'une demi-heure avec l'enfant seul puis d'une période équivalente (parfois plus longue) avec les parents et l'enfant réunis.

¹⁵³Pierrehumbert B., La situation étrange et la théorie de l'attachement in *Devenir*, Vol 4, N°4, 1992, p. 69-93

- séances psychothérapeutiques bimensuelles de l'enfant avec SM et points trimestriels avec l'enfant et ses parents.

La durée de ces traitements est comprise dans une fourchette qui va de trois à douze mois. Dans la majorité de ces situations mais avec une fréquence très variable, les rendez-vous avec NB se poursuivent pendant ce travail.

2) à l'extérieur en institution ou en libéral :

-psychothérapie de l'enfant complétée ou non par un travail parental indépendant (individuel ou conjugal).

-une psychothérapie familiale

-une psychothérapie d'un ou des parents

Parfois, essentiellement pour des motifs géographiques, seule une orientation vers un lieu de soin psychothérapeutique proche du domicile est possible. Avec l'accord des parents, nous tentons alors de favoriser un relais respectueux du travail préliminaire accompli et un échange avec le nouveau consultant a lieu.

e)observations cliniques

Pour illustrer notre propos, deux vignettes cliniques sont maintenant rapportées. La première patiente, Mélanie, a été uniquement reçue avec ses parents par la gastro-pédiatre et ces consultations ont donné lieu à des échanges approfondis entre le médecin et le psychologue (collaboration indirecte). Pour Alexandre, c'est d'un double suivi gastro-pédiatrique et psychologique dont nous allons témoigner (collaboration directe).

Mélanie 11 ans et demi (NB)

La première visite de Mélanie est précédée de plusieurs appels téléphoniques pressants et angoissés de sa maman. Sa fille est incontinente pour les urines et les selles, et la situation n'est plus tolérable. Elle est en 6° et on a menacé de la renvoyer du collège si la situation ne s'améliorait pas rapidement. Je reçois donc Mélanie le plus rapidement possible.

Mélanie vient, accompagnée de ses deux parents et de sa petite soeur; celle-ci reste dans la salle d'attente.

Mélanie est une jolie jeune fille longiligne aux cheveux longs, d'allure romantique; je suis frappée par une coquetterie à l'oeil gauche.

"Elle vient pour un problème de propreté pour les urines et les selles" me dit sa maman, "depuis l'âge de 5 ans". Au sujet des urines, elle a quelques fuites diurnes et parfois des mictions entières. Elle a arrêté d'uriner la nuit vers

3 ans. Pour les selles, elle a des troubles de la continence depuis l'âge de 5 ans, ce qui correspond à la naissance de sa petite soeur, actuellement âgée de 7 ans.

Dans les antécédents digestifs, on note que Mélanie à 7 ans était constipée douloureuse. Son encoprésie est secondaire et évolue par vagues, avec quelques améliorations transitoires. La période actuelle est marquée par la présence dans les culottes de traces durant trois mois, puis de selles tous les jours durant les six derniers mois. J'interroge sur les autres antécédents médicaux. Mélanie a eu un accident grave à l'oeil à l'âge de 2 ans et demi, où un petit camarade lui a envoyé un coupe-ongles dans l'oeil gauche. La scène s'est déroulée sous les yeux de sa maman, qui n'a rien pu faire pour prévenir l'accident, survenu chez une amie de celle-ci. L'oeil est crevé, et malgré des tentatives chirurgicales, aucune vision ne sera récupérée.

Actuellement, Mélanie est en sixième au collège, élève moyenne, peu motivée. Elle a eu des difficultés avec un professeur de français en début d'année. Elle va à la cantine tous les jours.

La petite soeur est décrite comme extravertie et écrasante.

Quels ont été les traitements essayés? Les parents me décrivent d'un ton critique et légèrement cynique que Mélanie a été suivie 2 ans et demi en psychothérapie, chez un psychologue, et qu'ils ont "même eu droit" à la thérapie familiale sans succès. "On a bien donné" dit le père.

J'apprends de Mélanie : qu'elle ressent bien l'envie d'exonérer, mais a des selles volumineuses et douloureuses. Sa réponse à la question "que fais-tu lorsque tu ressens le besoin?", est : "je vais aux toilettes, mais j'ai des malaises. Je me sens mal, j'ai froid partout, je tremble et je n'arrive pas à respirer". Les accidents surviennent plutôt à la récréation, une fois en cours. Pour les urines, elle a du mal se retenir, surtout si elle a froid. Durant cet entretien, Mélanie paraît au début indifférente et triste, renfrognée mais attentive, puis elle s'exprime de plus en plus en s'étayant sur ma curiosité à son égard.

A l'examen, Mélanie est une jeune fille de 36 kgs, 1 m 47, non pubère. Son abdomen est souple, légèrement ballonné. Au toucher rectal, le rectum est encombré de selles très abondantes fermes. La sensibilité paraît bonne; elle semble avoir une mauvaise commande du sphincter externe, et une poussée abdominale faible ou absente. L'examen est normal par ailleurs.

Dans un premier temps, j'ai expliqué avec des schémas à mes trois interlocuteurs le cercle vicieux constipation, douleurs à la défécation, rétention, encombrement stercoral, fuites, aggravation de la constipation et des douleurs. J'ai donné personnellement à Mélanie des conseils pour ne pas se retenir. Je l'ai rassurée sur l'absence de maladie organique sous-jacente, en dehors d'une constipation dont le traitement rendra l'exonération plus facile et indolore.

J'évoque ensuite, en m'adressant au trio, les facteurs psychologiques pressentis : Mélanie me paraît déprimée. Elle a probablement beaucoup souffert de son accident, et du fait d'être monophthalme.

"Ce n'est pas de sa faute" dis-je, pour traduire ce que mon empathie à l'égard de Mélanie initiait. Cette assertion déclenche instantanément une vive réaction de la maman manifestement mobilisée par la question de la culpabilité: "c'est la première fois qu'on me dit ça; mais alors, j'ai dû faire des boulettes".

Je donne à Mélanie une ordonnance de Duphalac® en raison de ses antécédents de constipation, de douleurs à l'exonération et de la présence d'un fécalome à l'examen, quelques conseils diététiques. Je la motive pour qu'elle surveille elle-même ses exonérations et note les accidents. Je demande à la revoir bientôt en insistant sur l'importance d'un suivi proche initialement, et pour voir si des examens complémentaires seront nécessaires.

Le père sort de son état d'observateur silencieux : "Bon, écoutez, on a essayé deux ans avec le psychologue, deux ans avec notre pédiatre, on essaie deux ans avec vous, et après on verra" à quoi je réponds "si vous présentez les choses de façon si positive à Mélanie, comment voulez-vous que nous y arrivions?" Mélanie dit : "de toute façon, papa a toujours été décourageant". Nous nous quittons sur cet échange révélateur.

Je revois Mélanie un mois plus tard. Elle a parfaitement pris son traitement, contrôlé ses selles et ses urines. Elle n'a eu qu'un accident un jour où ses selles étaient trop molles. Elle n'a pas de douleurs abdominales, et n'a plus de douleurs à la défécation. Elle est contente de ce résultat, et sa maman aussi. Du père, absent ce jour, la mère dira : "il ne nous félicite jamais". Mélanie reste anxieuse avec parfois des difficultés d'endormissement.

Je continue à suivre Mélanie régulièrement. Je tente d'être particulièrement attentive aux conséquences sur son développement de ce traumatisme précoce, de la culpabilité maternelle à ce sujet (culpabilité exprimant probablement aussi une problématique personnelle préexistante) et de ce que mère et fille soulignent tour à tour comme la négation paternelle de leur créativité respective.

Dans ce cas, il est clair que je n'avais pas le choix d'orienter Mélanie vers une prise en charge psychothérapique. Ce projet n'était pas d'actualité même si ce constat ne présage nullement de l'avenir. Les parents de Mélanie considéraient comme un échec deux tentatives psychothérapiques dont j'ignorais tout. Ils étaient totalement opposés actuellement à un abord psychologique visant une mise en sens du symptôme. Or, en dépit de ce refus, la mère et la fille semblent avoir bénéficié d'une consultation à orientation psychosomatique. La défécation paternelle, dès la deuxième consultation, confirme une triangulation en péril évoquée par la première rencontre. Il est toutefois possible d'espérer que cette consultation soit mieux tolérée par le père, au prix de son absence, qu'une thérapie familiale débouchant en l'état inévitablement sur une rupture de toute la famille.

Qu'est-ce qui a favorisé dans cette consultation une amélioration symptomatique chez Mélanie? Probablement, un faisceau d'actions. On émettra les hypothèses convergentes suivantes :

- la prescription de Duphalac® a permis d'alléger les difficultés physiques (douleur à la défécation, et l'encombrement stercoral), et a levé la rétention. En authentifiant le versant "somatique" du symptôme, cette prescription agit aussi probablement comme un relaxant pour les mécanismes défensifs familiaux rigidifiés par les péripéties psychothérapeutiques. Le médicament à ingérer est enfin probablement un relais du transfert de Mélanie à mon égard et par conséquent un support identificatoire par incorporation d'une thérapeute nourricière contenante.

- j'ai rassuré Mélanie sur l'absence de maladie organique. J'ai sans doute amorcé sa déculpabilisation d'une vision "maligne" et perverse de son symptôme où à travers lui elle sadiserait consciemment son environnement pour son oeil crevé, la naissance de la petite soeur...Une vision dont il est légitime de se demander si elle n'est pas entretenue par la culpabilité maternelle et l'ambivalence paternelle.

- j'ai peut-être esquissé un réaménagement de la dynamique familiale en amenant les parents à gérer leur agressivité autrement qu'en prenant Mélanie comme réceptacle à leurs identifications projectives pathologiques expulsives et annexantes¹⁵⁴

- j'ai insisté sur la mise à l'épreuve profondément traumatique pour l'enfant de cet oeil crevé. Je tenais à dire tout haut ce qui semblait ici non dit : l'histoire de Mélanie est marquée par un traumatisme physique sévère mutilant un sens et une fonction supérieure : la vue. Cet événement certainement psychiquement traumatique pour toute la famille est essentiellement présenté par la mère comme une source de culpabilité pour elle que comme un handicap sévère et définitif pour Mélanie. On peut se demander si cette culpabilité maternelle ne s'est pas répétée dans cet échec de l'apprentissage de la propreté. En marquant mon opposition à la transmission transgénérationnelle de cette culpabilité chez Mélanie, j'ai peut-être initié une dynamisation du lien entre la fille et la mère

- en verbalisant aussi mon opposition au scepticisme paternel, je proposais une triangulation substitutive vivifiante pour cette dyade manquant de tiercéité féconde

- enfin, j'ai peut-être bénéficié de la maturation du travail effectué antérieurement en psychothérapie ?

Toutes ces interrogations convergent vers la nécessité d'une poursuite du suivi dont l'objectif, au delà d'une résolution symptomatique acquise, est l'accompagnement d'une famille à risque dont Mélanie traduit la conflictualité à travers une dépression masquée¹⁵⁵ dont les troubles de l'endormissement sont

¹⁵⁴Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mère-bébés*, PUF, 1993, p.339

¹⁵⁵Golse B., Messerschmitt P., *L'enfant déprimé*, PUF, Nodules, p. 36-42 et Marcelli D., La dépression chez l'enfant in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1996, T.II, p.1437-1461

vraisemblablement actuellement la partie émergée de l'iceberg. Une tentative de remobilisation progressive du père dans le processus engagé dans les consultations devrait viser une dynamisation d'une triangulation inopérante et transitoirement réanimée par la gastro-pédiatre.

Selon les repères que nous avons proposés, nous pouvons considérer cette forme d'encoprésie comme du type "mixte" s'inscrivant dans le cadre d'un trouble névrotique à risque psychosomatique, caractérisé par un défaut discontinu de mentalisation et s'exprimant à travers une précaire tentative d'organisation hystérique contenant mal la dépressivité sous-jacente.

ALEXANDRE : 6 ans et 4 mois.

1) Les consultations gastro-pédiatriques :

Alexandre est adressé par son médecin traitant en consultation de gastro-pédiatrie avec une suggestion de prise en charge complémentaire psychologique. Il se présente avec sa mère. Il a une encoprésie depuis dix mois environ. Elle vient compliquer une symptomatologie de côlon irritable repérée quasiment depuis la naissance d'après la maman (selles molles à liquides, nauséabondes). Sa mère attribue le début de cette encoprésie à un passage anticipé au CP après les vacances de Pâques (il est actuellement en CE1).

Alexandre est l'aîné; son frère Benjamin, âgé de trois ans et demi, n'a, selon les parents, aucun problème. La maman est assistante d'ingénieur au gaz de France. Elle a une présentation d' "*executive woman*". Elle présente une constipation qu'elle traite par des mesures diététiques.

Le papa est cadre supérieur dans une banque. Il a fait une occlusion intestinale il y a dix ans. Il a des selles fréquentes, diarrhéiques, nauséabondes.

L'apprentissage de la propreté d'Alexandre a été assez tardif pour les urines : il a eu lieu vers l'âge de trois ans et deux mois. Il n'y a pas eu de problème pour les selles, jusque vers cinq ans et trois mois.

Alexandre a du mal à décrire son symptôme et pleure. Il paraît honteux de reconnaître les accidents. Il a une encoprésie secondaire, avec deux à trois accidents par semaine. Il n'a pas de problème durant les vacances scolaires. Il dit qu'il ne ressent pas le besoin à l'école. Ses selles sont normales ou molles. Il se bloque un ou deux jours, en se retenant, puis a des selles impérieuses et des fuites. Il n'a pas d'autres antécédents médicaux.

En revanche, il a d'autres symptômes psychologiques qui sont facilement retrouvés :

- des troubles de l'endormissement important, où Alexandre reste deux à trois heures les yeux ouverts cherchant le sommeil

- il a souvent des céphalées
- il s'agit d'un enfant très anxieux, ayant parfois des préoccupations métaphysiques, parfois morbides : la maladie, la mort, Dieu...

L'examen clinique est sans particularité, en dehors d'un encombrement rectal très important fait de selles plutôt molles. La sensibilité rectale paraît normale. La contraction est parfaite.

J'ai expliqué à la mère et à Alexandre le fonctionnement d'un côlon irritable en cherchant à les rassurer sur l'absence de maladie organique sous-jacente. Je leur ai expliqué qu'il s'agissait d'un mauvais contrôle sphinctérien, schéma à l'appui. J'ai aussi tenté de mettre l'accent sur le fait que le comportement rétentionnel à l'école entraînait des débordements de selles. J'ai ensuite évoqué les symptômes psychologiques et les autres signes d'appel qui me faisaient conseiller une consultation psychologique complémentaire.

J'ai donné à Alexandre un petit traitement prokinétique et des conseils pour ne pas se retenir. Je lui ai suggéré enfin qu'il serait bon pour lui d'avoir une aide psychologique afin de mieux gérer son anxiété.

Parallèlement au long suivi psychologique dont il va être question, j'ai revu Alexandre et sa mère à deux reprises. Une première fois, pour annoncer la guérison de l'encoprésie, une deuxième pour signaler un "mal de ventre" ponctuel alors que la psychothérapie abordait une phase productive donnant apparemment envie à la mère de traduire par une revendication somatique concernant son fils, sa propre résistance. Un troisième rendez-vous aura lieu à l'issue de la période de psychothérapie initiale et avant la demande d'Alexandre de revenir voir le psychologue. En l'absence manifeste de pathologie d'Alexandre, la mère avait évoqué des "selles molles" et surtout traduit ainsi l'importance de pouvoir partager son angoisse sans toutefois -contrairement à Alexandre un peu plus tard- redemander une rencontre avec le psychothérapeute.

1) Les consultations psychologiques :

Au premier RV, Alexandre est accompagné de ses deux parents qui revendiquent tous deux, par leur présence à l'entretien, leur partage du symptôme avec leur fils. Mr et Mme F derrière leur profil de quadra hyperactifs et tirés à quatre épingles m'apparaissent de prime abord assez unanimement défendus et certes prêt à dialoguer mais à condition de rester dans un registre strictement rationaliste et désaffectivé. Comme pour relativiser l'intérêt d'une consultation psychologique, Mme F remarque en ouverture de l'entretien qu'il y eu moins d'accidents grâce aux médicaments prescrits par le Dr NB.

Alexandre paraît d'emblée comme soulagé par le dialogue qui s'établit entre ses parents et moi : Il me regarde de temps en temps avec un oeil vif que je pressens complice. Il joue avec une voiture lance-missiles qu'il trouve dans mon bureau et ponctue d'une légère instabilité agressive (il redouble l'intensité des tirs de missile sur un éléphant en peluche), la description

parentale de ses difficultés. La mère insiste surtout sur les accidents ponctuels dans la culotte et les douleurs gastriques, le père sur les difficultés d'endormissement.

Les parents expliquent ces troubles sans conviction par un passage anticipé en CP, une mésentente avec la jeune fille au pair et les conflits avec son petit frère qui occuperait beaucoup le terrain selon le père. L'un comme l'autre me parlent avec une fluidité verbale qui cache mal une certaine dépressivité face à ces difficultés. A l'issue de cette première prise de parole spontanée, je demande à Alexandre ce qu'il pense de ce témoignage parental : il me répond avec empressement que la nuit il y a des monstres qui viennent l'attaquer et qu'il ne veut pas dormir.

A cet instant, je sens chez la mère une fermeture sur son visage et chez le père une intense émotion. Alexandre dessine un dinosaure impressionnant avec un oeil perçant. Interrogé sur son oeuvre il me dit que le dinosaure regarde l'éléphant et qu'il va l'attaquer. A ce moment trois visages me font face, glacés et paralysés par l'émotion commune; aucun d'entre eux ne semblent pouvoir en dire quelque chose; ils paraissent partagés une même incapacité à mettre en mot leur trouble commun.

Après un blanc, je m'entend dire "l'éléphant doit avoir drôlement peur de mourir". Alexandre acquiesce par un mouvement du visage et je m'aperçois qu'il a un mouvement constant d'auto-suçotement des lèvres.

Je formule alors combien je sens qu'ils sont tous trois traversés par un effroi et leur demande s'ils en connaissent le contenu. Face à leur silence gênés, je suggère que nous étions en train de parler d'inquiétudes nocturnes et que c'est peut-être là une piste.

Douze rendez-vous mensuels successifs (l'enfant seul en début de séance, puis le trio réunis) ont été nécessaires pour explorer cette voie et aboutir à la levée des symptômes. Le travail progressif de réanimation psychique et d'apprivoisement aux vertus de la verbalisation et du partage émotionnel a mis à jour les éléments anamnestiques suivants :

Mr F a perdu sa mère à l'âge de 10 ans et une longue période de réveils nocturnes et de diarrhées s'en est ensuivi; à l'époque, il n'a pas le souvenir d'avoir pu partager son désarroi avec quiconque et ce n'est qu'à l'occasion de ces consultations qu'il a pu enfin en parler. Il a ponctuellement des crises d'angoisse qui s'accompagnent d'une impression d'étouffement et de la certitude qu'il va mourir. Ces crises redoublent pendant "les périodes de stress". Quand il voit quelqu'un endormi et en particulier son fils Alexandre, il est envahi d'une crainte mortifère à son égard. Il redoute de passer voir son fils au coucher.

Mme F a perdu sa mère à l'âge de 15 ans; elle n'aime pas parler de "ça" encore aujourd'hui. Dans sa famille, parler de "ça", c'est faire du "nombrilisme". D'ailleurs, elle affirme ne pas y penser. Pourtant, pendant la

grossesse de Alexandre, elle a rêvé plusieurs fois à sa mère et cela l'a fortement troublé. Mme F a mal supporté le reflux gastro-oesophagien d'Alexandre lors de sa première année. Elle l'a allaité pendant deux mois. A son sevrage Alexandre a vomis de nombreux biberons et cela sentait très mauvais. Le week-end surtout, quand son fils faisait dans sa culotte, elle était "hors d'elle" et elle se sentait envahie d'une extrême nervosité. Elle n'aimait pas l'odeur de son caca et attendait impatiemment qu'il soit propre. Elle voulait obtenir cet apprentissage "à tout prix" et imposait des mesures coercitives, sans dialogue ni négociation.

Ces éléments ont permis de mieux comprendre les troubles associés d'Alexandre. Confrontés à deux parents, tous deux, prisonniers d'un deuil pathologique encryptés, Alexandre, devait faire face aux fantômes¹⁵⁶ parentaux projetés sur lui par l'ombre de leur identification projectives pathologiques contraignantes¹⁵⁷. On sait combien le processus de parentalité¹⁵⁸ en réactivant les conflits archaïques, objectaux et oedipiens oscille entre répétition et originalité. Ici, ce processus est synonyme pour Alexandre de transmission intergénérationnelle d'un mandat parental¹⁵⁹ qui le condamne au secret sur ces deuils grands-parentaux dès sa conception. Alexandre, incarnation psychique des fantasmes parentaux, s'est certainement construit très précocement en s'ajustant peu ou prou à cette singularité. Au prix d'une "concession identificatrice aliénante"¹⁶⁰, Alexandre a instauré un équilibre par défaut (un "faux self"¹⁶¹) dont sa vulnérabilité psychosomatique traduisait, dès son reflux gastro-oesophagien, l'empiétement parental.

Dans ce contexte développemental, l'encoprésie représente probablement pour Alexandre un des avatars tardifs d'un surinvestissement auto-érotique ancien venant contrebalancer la toxicité des projections parentales. L'importance de l'auto-suçotement contextualisé des lèvres chez Alexandre prend ici une importance sémiologique capitale : reliquat primitif d'un investissement auto-érotique, il en signe la précocité et la persistance.

En regard de ce tableau de la genèse d'un lien psychopathologique, l'objectif thérapeutique s'est imposé naturellement. Pour les parents, il s'agissait d'abord de les inviter puis de les accompagner dans la constitution

¹⁵⁶Fraiberg S., *Clinical studies in infant mental Health, the first year of life*, Londres, Tavistock Publications, 1980, p.164

¹⁵⁷Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mère-bébés*, PUF, 1993, p.344

¹⁵⁸Stoléro S., La parentification et ses troubles in Lebovici S., Weil-Harpen F., *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989, p.113-130

¹⁵⁹Lebovici S., Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques in Lebovici S., Weil-Harpen F., *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989, p.141-151

¹⁶⁰Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mère-bébés*, PUF, 1993, p.360

¹⁶¹Winnicott D.W. Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux "self" (1960) in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris Payot, 1983, p.115

d'un espace psychique permettant des retrouvailles entre affects et représentations qu'une stratégie défensive opératoire maintenait à distance. Secondairement, l'objectif était de les mobiliser pour se réapproprier leurs fragments de "soi" expulsé sur Alexandre envoûté. Dans cet espace sécurisé par la contenance psychothérapique, un travail de deuil pouvait enfin se mettre en marche. Pour Alexandre, le "sevrage" de cet empiétement n'avait rien d'une évidence tant sa fonction de paratonnerre à l'angoisse parentale était pour lui coutumière. C'est en acceptant de régresser en sa compagnie dans une espace d'illusion, où je jouais de plein gré "exactement" à ce dont il avait envie, que nous avons pu progressivement ensemble négocier le double désillusionnement du sevrage des séances et de sa prise de conscience des défaillances parentales.

Un an et demi plus tard, Alexandre a souhaité personnellement revenir me voir. Il est frappant de constater combien les enfants, avec qui un cheminement psychothérapique fructueux a été entrepris, sont souvent en mesure de juger à bon escient de l'opportunité d'un nouveau contact.

Lors de cette nouvelle rencontre, Alexandre, seul d'abord avec moi, me décrit ce qu'il considérait comme un "retour de sa peur de mourir". Après un déménagement et l'éloignement de deux amis chers, il a été hospitalisé, il y a huit mois, pour l'opération d'un phlegmon de la gorge. Il me raconte avec une émotion teintée d'hypomanie le début de l'anesthésie générale : "tu vois le produit, on peut pas résister, il entraîne, il est plus fort que toi!".

A l'occasion de cette intervention, on lui annoncera une opération des amygdales, deux mois plus tard, avec une nouvelle anesthésie générale. Alexandre témoigne alors d'un ralentissement psychomoteur caractérisé par une période de désinvestissement de ses activités favorites et en particulier ludiques et sportives. Les difficultés d'endormissement réapparaissent, son appétit diminue, la maîtresse signale une attention discontinuée inhabituelle.

Alexandre me confie qu'il craignait beaucoup cette intervention qu'il vivait comme une menace de mise à mort. D'ailleurs, l'acmé de ses troubles semblent correspondre à la veille de l'opération. Il observe avec beaucoup de finesse et en me montrant la qualité de son intégration de la composante intergénérationnelle du travail précédemment accompli : "mes parents n'aiment pas aller à l'hôpital, c'était très dur pour eux de m'accompagner".

Sa demande de revenir me voir date de cette période et je mesure la latence avec laquelle ses parents ont transmis ce message. Toutefois, aujourd'hui, quatre mois après la seconde opération, le tableau de dépression et sa cohorte de symptômes se sont estompés. Selon Alexandre, c'est sa curiosité et son investissement pour la science qui lui ont permis de chasser "les mauvaises pensées" et de retrouver le chemin du sommeil : il m'explique qu'en s'imaginant un scientifique cherchant à percer le secret des maladies mortelles au moment du coucher, il arrive à s'endormir.

Deux rencontres avec l'enfant puis avec sa mère ont permis de reconfirmer l'aptitude de Alexandre à bénéficier de la dynamique induite par les défis régressifs. Toutefois, sa réponse élective par une dépression masquée¹⁶² transitoire nous conduit à nous interroger sur la vulnérabilité des enfants encoprétiques de type mixte face à la problématique de la perte dont nous avons souligné l'ancrage préoedipien. La dépression semble en effet signer la précarité de l'aménagement névrotique¹⁶³.

Nous souhaitons avec cette vignette clinique souligner combien un symptôme d'appel tel que l'encoprésie, peut s'enraciner dans une psychopathologie intergénérationnelle complexe. Ici, la chape projective parentale induisait probablement un surplus d'excitation qui parasitait fortement l'endormissement nécessitant un espace transitionnel sécurisé. Le processus d'endormissement est un bon thermomètre de la sécurité du lien parents/enfant et de leur tolérance mutuelle à la séparation, ici pour eux trois, irrémédiablement synonyme de perte catastrophique inélaborable.

En accord avec nos repères structuraux, nous considérerons le tableau présenté par Alexandre au départ comme celui d'une encoprésie mixte, c'est à dire un trouble névrotique à risque psychosomatique. Ce voisinage avec le risque psychosomatique est illustré par l'anamnèse médicale qui rapporte successivement : un reflux gastro-oesophagien, un colon irritable, des céphalées, une encoprésie, des troubles de l'endormissement, une légère instabilité. Cette succession illustre bien le magnétisme développemental de la polarité psychosomatique chez Alexandre et son surinvestissement du corps et de l'agir en lieu et place du sens.

Pourtant ici, la mobilisation familiale et le travail accompli par Alexandre en psychothérapie permettent de croire raisonnablement à une limitation relative de ce risque. Le caractère réversible de sa dépression et son aménagement névrotique obsessionnel face à la perte de la conscience (l'anesthésie) et à la perte des amygdales semblent l'attester. La menace d'une régression marquée par une dépression masquée reste cependant vive. Elle est vraisemblablement typiques de ces encoprésies mixtes qui sont, d'après notre expérience cliniques, les plus fréquentes.

f) potentialité psychothérapique de la consultation pédiatrique (SM)

C'est un des éléments les plus riches de ma collaboration avec une GP que de constater au fil de nos échanges la potentialité psychothérapique de sa consultation. Souvent celle-ci est suffisante pour faire céder le symptôme mais plus encore pour en rendre explicite la genèse chez l'enfant et sa famille. En effet, la première assise psychothérapique de la consultation de ma collègue, c'est de ne pas seulement être centrée sur l'élimination du

¹⁶²Golse B., Messerschmitt P., *L'enfant déprimé*, PUF, Nodules, p. 36-42

¹⁶³Golse B., Messerschmitt P., *L'enfant déprimé*, PUF, Nodules, p. 50

symptôme. C'est l'enfant dans son environnement, considéré dans son double aspect somatique et psychologique, et non le seul symptôme qui est évalué.

Aussi, le cadre en lui-même offre une potentialité psychothérapeutique car il est proposé à l'enfant et à sa famille comme un lieu de parole où le sens du symptôme sera explicitement exploré. Or, nous savons combien l'encoprésie se rapporte à l'excrément, symbole par excellence de ce qui est refoulé, caché, culpabilisé, craint et exécré. Ainsi une consultation où l'enfant et ses parents sont invités à parler sur ce sujet tabou, par un médecin "somaticien" serein et bienveillant qui ose revendiquer s'intéresser à ce dysfonctionnement et investir le symptôme familial, propose une sensible dédramatisation, une décrispation de la situation. Cette seule confrontation entre une dynamique familiale propice à l'émergence du symptôme et d'un cadre favorable à sa mise en sens peut amorcer une issue positive où la racine du symptôme sera mise à jour et débouchera sur des réaménagements authentiques et non sur un déplacement.

A l'intérieur du cadre singulier de cette consultation, il faut sans doute accorder une grande importance à la stratégie retenue par NB pour favoriser chez l'enfant et chez ses parents les moyens de se représenter le dysfonctionnement encoprétique. Elle le fait oralement, mais aussi graphiquement ce qui correspond, grâce au support iconique, à une forme de représentation beaucoup plus primitive que l'abstraction verbale.

On peut véritablement parler ici de fonction de contenance et de transformation de l'image¹⁶⁴ partagée. Avec l'échange proposé par NB autour des images (ses croquis, la radiographie d'abdomen, ses évocations imagées de son examen clinique), une enveloppe intersubjective s'instaure : elle peut représenter, dans le meilleur des cas, la réédition -cette fois contenante et créatrice- d'une enveloppe archaïque déficiente chez l'enfant et les parents. Le pouvoir réformateur de ce support iconique est certain car "Bien mieux que le verbe elle (l'image) évoque en effet le pôle émotif et corporel de l'expérience psychique. C'est pourquoi elle fonctionne très souvent comme trait d'union et force d'appel des éléments épars de l'expérience (...)"¹⁶⁵. Ce vecteur thérapeutique est ici particulièrement opportun car, comme nous l'avons dit au sujet de la polarité psychosomatique du symptôme, les enfants qui présentent un symptôme encoprésie et leurs parents souffrent fréquemment de concert d'une difficulté majeure pour se représenter le monde inquiétant de l'intérieur et partagent un même effroi face à ces voies accès et d'échanges que sont les sphincters. Dans le cadre contenant de sa consultation, la "visite guidée" de ma collègue est souvent très à propos. Enfant et parents vont trouver dans cette représentation animée un support extrêmement performant pour dynamiser (polarité névrotique) ou réanimer (polarité psychosomatique) une fonction de représentation défailante.

¹⁶⁴Tisseron S. *Psychoanalyse de l'image*, paris, Dunod, 1995, p.190

¹⁶⁵Tisseron S. *Psychoanalyse de l'image*, paris, Dunod, 1995, p.194

Au total, la virtualité psychothérapeutique de la consultation gastro-pédiatrique est évidente mais elle n'existe qu'au prix d'un constant questionnement de ma collègue sur les limites de ce processus.

g) Du gastro-pédiatre au psychothérapeute

Notre expérience commune aspire à une synergie diagnostique et thérapeutique. Chaque co-thérapeute apporte dans l'échange son bagage et son expérience spécifique en étant persuadé que la rencontre et la défense de l'originalité de chacun est la meilleure garantie pour lutter contre le clivage entre les thérapeutes du corps et ceux de la psyché. Dans ce processus, certains points posent question.

1) L'évaluation somatique : quel intérêt ?

Il semble que dans l'immense majorité des cas une consultation (gastro)pédiatrique soit bénéfique, voire nécessaire.

La première raison est l'importance, dans certains cas, en particulier les encoprésies primaires et permanentes, d'éliminer une pathologie organique sous-jacente: malformative, telle qu'une maladie de Hirschsprung, ou neurologique.

Dans les autres cas, l'évaluation organique (importance de la stase stercorale, du fécalome, lésions anales douloureuses) nous renseigne sur la genèse du symptôme, sur l'importance du dérèglement fonctionnel et de la souffrance organique, dont vont dépendre les explications à l'enfant et sa famille, et la nécessité d'un traitement organique médicamenteux complémentaire

Les examens complémentaires sont à discuter dans chaque cas. Ils sont souvent inutiles (exemple : encoprésie secondaire, avec un substrat psychopathologique évident, sans antécédent digestif pathologique notable) et risquent d'agresser l'enfant et de le polariser sur le versant organique. Pourtant ils restent parfois nécessaires pour les parents et le médecin traitant, obnubilés par la crainte ou le refuge de la maladie organique.

Les explications physiologiques fournies à l'enfant et à ses parents leur permettent une représentation physique du fonctionnement normal et une démythification du symptôme, et aideront l'enfant à acquérir ou réacquérir un investissement et un contrôle "normaux" (satisfaisants) de cette fonction.

Enfin, particulièrement en pédiatrie, la démarche consistant à partir du corps et du symptôme est pertinente pour faire saisir au jeune patient et à sa famille les interrelations entre le psychique et le somatique.

2) de l'envoi au psychothérapeute

Quelques faits de départ doivent être considérés :

- on doit composer avec "l'effet épouvantail" du "psy"(psychologue ou psychiatre) auprès de nombre de familles; parfois elles ont déjà eu des tentatives de prise en charge qui ont échoué.

- du côté du gastro-pédiatre, il faut se méfier du désir de toute puissance (parfois encouragé par les parents).

La demande en pédiatrie devra être assumée et exprimée par les parents, sauf exception. Attendre la demande des parents chez un enfant en pleine maturation peut faire perdre un temps précieux et aller contre le traitement de l'enfant. A l'inverse, s'il y a réticence des parents, le succès de la prise en charge psychothérapique sera largement compromis. Il faut donc arriver à faire mûrir, à encourager ou à susciter la demande des parents, à s'en faire des "alliés", ainsi que la demande de l'enfant.

L'envoi doit donc s'appuyer sur des arguments tirés de l'analyse de la situation, (sur une synthèse des données organiques et psychologiques recueillies lors de la première consultation) énoncée en présence des parents.

Les "bons envois" nécessitent que la bipolarité du symptôme soit annoncée d'emblée, et que l'interlocuteur psychothérapeute soit présenté. Pour cela, il faut que le gastro-pédiatre lui-même n'ait pas peur du psy.

Les "mauvais envois" sont à risque d'échec. L'envoi d'un patient pour s'en débarrasser ou juste après un échec de la prise en charge organique sont à proscrire. L'orientation sans explication a elle aussi peu de chance d'aboutir.

3) modalités de la collaboration

Il s'agit d'une collaboration personnalisée. Le psychothérapeute est connu, présenté explicitement à l'enfant et aux parents. Il est informé du patient (par courrier ou directement de vive voix). Cette collaboration repose sur des échanges réguliers, des allers et retours de l'information. Comme nous l'avons précisé avec l'étude de Mélanie, ces communications peuvent également concerner des patients qui ne sont pas orientés vers le psychologue. Ce partage nécessite un temps de réunion et de parole régulier.

Chemin faisant, cette bipolarité révèle une souplesse qui permet aux parents et à l'enfant d'exprimer leurs variations d'investissement dans chaque discipline et chaque personne et d'en jouer tout au long de notre suivi. Le récit du suivi d'Alexandre a montré chez la mère la vertu contenante de cette liberté bienveillante donnée aux interlocuteurs de se tourner vers l'un quand le travail avec l'autre marque une pause. Les parents, sachant que nous communiquons et étant clairement informés de notre voeu de complémentarité, il serait erroné de qualifier de clivage leurs positionnements successifs.

D'une façon plus générale, les prérequis de la collaboration nous semblent être les suivants:

- le pédiatre doit accepter d'écouter et d'apprendre, savoir se créer un espace de pensée pour une causalité psychique

- le psychiatre ou psychanalyste ou psychologue doit devenir un psychothérapeute de terrain : accepter de parler un langage commun, quitter son ésotérisme et son dogmatisme, ne pas avoir peur de s'intéresser au corps, et accepter de communiquer et d'expliquer.

IX POUR CONCLURE

Chez l'enfant, l'encoprésie s'impose comme un symptôme polyfactoriel complexe. Il évoque un triple dysfonctionnement : relationnel, parental et infantile. En regard de notre expérience clinique, la forme de l'encoprésie présentée est un bon "marqueur" de la genèse et des avatars intergénérationnels de l'instauration précoce de la *négociation* externe et interne entre un projet éducatif, civilisateur parental (le principe de réalité) et une volonté rebelle de toute puissance infantile (le principe de plaisir). Selon nos repères structuraux, la diversité psychopathologique des enfants encoprétiqes semble compatible avec une approche sémiologique et thérapeutique privilégiant l'axe fédérateur de la balance entre investissement auto-érotique et investissements objectal.

Notre position clinique et théorique face à l'encoprésie renvoie dos à dos les fanatiques de l'étiologie organique et les intégristes de l'explication psychogène. Nous aimerions que notre témoignage bidisciplinaire, favorise les échanges sur la pertinence d'une approche conjointe des troubles fonctionnels et des maladies dites "psychosomatiques" en terres pédiatriques.

C'est aussi pour nous une façon de formuler un plaidoyer en faveur d'une approche globale de l'enfant dans sa famille, qu'une médecine découpée en spécialités, pourrait risquer de scotomiser.

Le meilleur antidote pour éviter les pièges thérapeutiques d'une tradition dualiste où âme et corps sont étrangers l'un à l'autre, c'est, selon nous, de parier sur la complémentarité thérapeutique d'une approche pluridisciplinaire où l'on s'accordera le temps et le labeur d'un accordage de nos différences et de nos convergences. Si nous voulons guérir l'encoprésie, rebelle à la *négociation*, peut-être nous faut-il d'abord suggérer à l'enfant et à ses parents, notre capacité à l'entreprendre nous-mêmes entre spécialistes.