

Troubles à expression somatique & comportementale

Docteur Philippe Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
Centre Hospitalier du Pays d'Arles

Note introductive

Construction sémantique

- Somatisation est un nom féminin d'origine grecque issu de *soma*, « le corps »
- Cette référence au corps présuppose une perspective dualiste héritée de la tradition grecque spiritualisant la *psukhé*, l'âme

Note introductive

Construction sémantique

■ Eclairés des philosophies occidentales antiques, les couples *soma-psukhé* (corps-âme) et *soma-sêma* (corps-tombeau) peuvent être rapprochés : le corps enveloppe et emprisonne l'âme mais il n'en est pas moins la manifestation première de son existence, l'empreinte, la marque expressive de sa présence

Les secrets du pouvoir de l'esprit sur le corps

L'imagerie cérébrale a ouvert un boulevard aux chercheurs désireux d'expliquer l'action de l'esprit sur le corps. Déjà, des schémas de fonctionnement se dessinent. S'ils restent assez flous, les appareils étant encore très myopes, ils offrent tout de même un premier cadre à nos connaissances, en distinguant l'action d'un placebo de celle de la méditation de pleine conscience ou du neurofeedback.

La méditation reconfigure le cortex cérébral

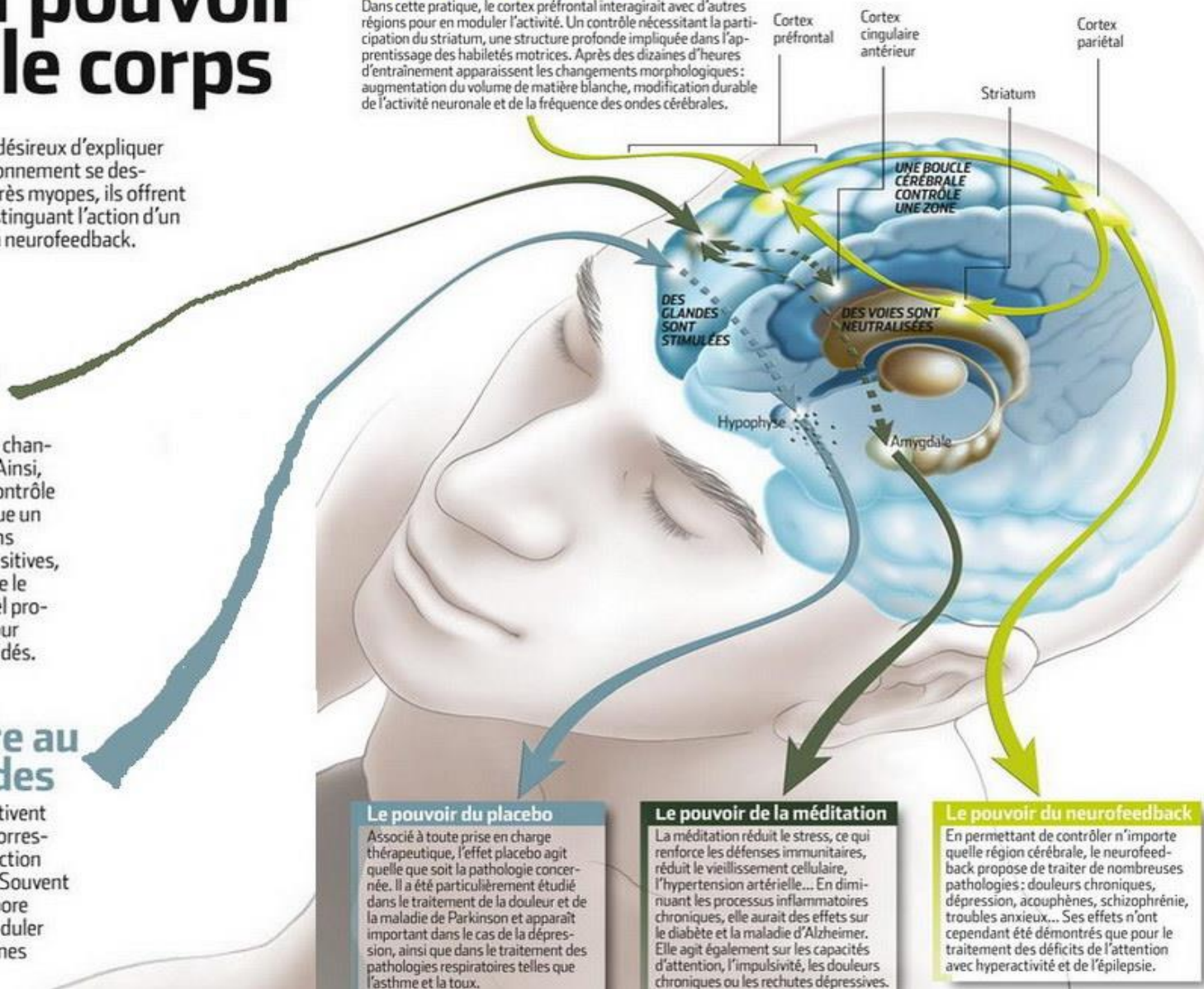
La méditation est un processus conscient qui provoque des changements morphologiques et fonctionnels dans le cerveau. Ainsi, les cortex frontal, pariétal et cingulaire, impliqués dans le contrôle attentionnel, s'épaississent. L'activité de l'amygdale, qui joue un rôle dans la gestion des émotions, diminue ; celle des régions avant-gauche du cerveau, impliquées dans les émotions positives, augmente. Des zones normalement en interaction – comme le cortex préfrontal et les régions activées par l'influx sensoriel provoqué par un stimulus douloureux – sont déconnectées. Pour autant, les mécanismes ne sont pas encore clairement élucidés.

L'effet placebo fait produire au cerveau ses propres remèdes

L'effet placebo produit des molécules très concrètes, qui activent les mêmes zones que celles activées par les médicaments correspondants. Un placebo analgésique déclenche ainsi la production d'opioïdes dont l'action est similaire à celle de la morphine. Souvent conscient, cet effet met en jeu le cortex préfrontal, où s'élabore l'attente d'un bénéfice thérapeutique. Mais il peut aussi moduler des processus inconscients, comme la production d'hormones ou la réponse immunitaire.

Le neurofeedback module l'activité neuronale

Dans cette pratique, le cortex préfrontal interagirait avec d'autres régions pour en moduler l'activité. Un contrôle nécessitant la participation du striatum, une structure profonde impliquée dans l'apprentissage des habiletés motrices. Après des dizaines d'heures d'entraînement apparaissent les changements morphologiques : augmentation du volume de matière blanche, modification durable de l'activité neuronale et de la fréquence des ondes cérébrales.



Note introductive

Construction sémantique

- Selon la philosophie matérialiste stoïcienne, l'âme est un corps dont toute inscription dans la réalité est incorporelle : *soma-asomatos*, corps-incorporel ; les concepts de l'inexprimable, de vide, de lieu, de temps (Monique Dixsaut)

Note introductive

Analyse sémantique

- La **somatisation** définit l'inscription d'un conflit psychique dans une affection somatique : elle est une tendance à éprouver et à exprimer une souffrance somatique en réponse à un stress ou à un traumatisme psychique
- **Notion assez ambiguë** qu'il faut à la fois distinguer de celle de conversion hystérique et de celle de maladie psychosomatique dont la psychogenèse va conduire aux atteintes corporelles par des mécanismes généralement neuroendocrinien



Note introductive

Analyse sémantique

- L'incapacité du sujet à surmonter un stress psychologique ou un sentiment pénible et violent va se traduire en troubles somatiques
- « *Cette explosion destructrice n'est même pas un refus, c'est la somatisation de l'impossibilité de vivre* » (Jean-Paul Sartre)

Le Stress

État d'alerte physiologique

L'hypothalamus envoie des informations au système nerveux central et au système endocrinien

mouvement et changement

Émotions gérables
PLAISIR
Phase d'adaptation

Bien vécue

ADAPTATION RÉUSSIE



EUSTRESS

Joie de la réussite

**DÉVELOPPEMENT DES
CAPACITÉ D'ADAPTATION ET
D'APPRENTISSAGE**



Émotions non gérables

DANGER

Phase de résistance

Mal vécue, saturation

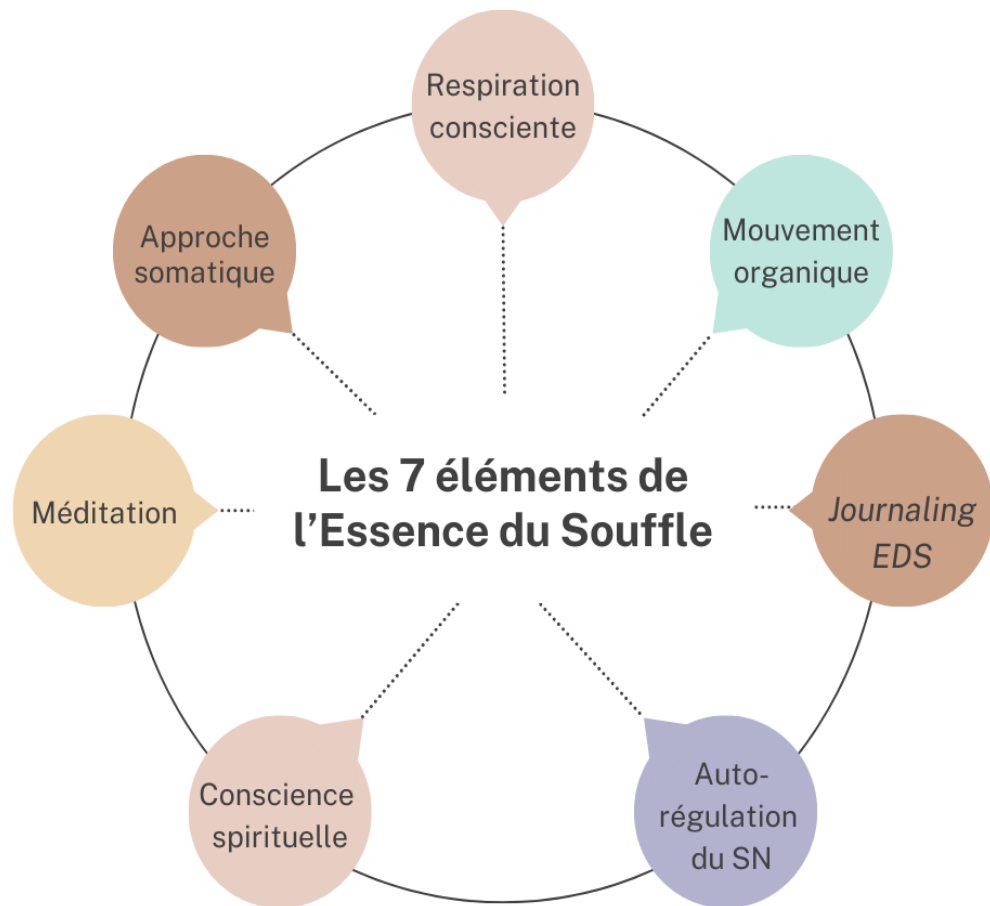
ADAPTATION IMPOSSIBLE



DYSTRESS

Épuisement douter de soi

DU SCHÉMA D'ÉCHEC RÉPÉTITION



LES CLÉS

Développer la santé mentale



Troubles du sommeil

Note introductive

Éléments de constat

- Le sommeil est un état physiologique périodique caractérisé par la suppression de toute relation volontaire avec l'environnement
- L'alternance activité-repos existe chez tous les êtres vivants mais on ne peut parler de sommeil que lorsque l'on dispose de moyens objectifs de mesurer des variations de l'activité électrophysiologiques

UN BON SOMMEIL : C'EST QUOI ?

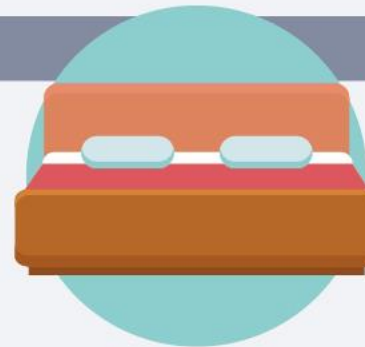


Le temps de sommeil

- ➔ 7h de sommeil par 24h
- ➔ Selon des horaires réguliers
- ➔ 20min de sieste max en journée

La chambre

- ➔ 18 – 20 °C
- ➔ Une ventilation quotidienne
- ➔ 0 bruit, 0 lumière



Le dîner

- ➔ Ni trop lourd, ni trop léger
- ➔ Privilégier des féculents, des fruits secs, des légumes
- ➔ Eviter les produits carnés, les fritures, les sucres

Essai de définition

Éléments d'observation

- Chez tous les mammifères on retrouve les mêmes aspects généraux du sommeil
- Existence de deux états de sommeil : le sommeil à ondes lentes et le sommeil paradoxal qui alternent avec des proportions à peu près constantes de ces deux sommeils dans le nycthémère (la structure nycthémérale se reproduisant d'une manière identique d'un jour à l'autre)

Essai de définition

Éléments d'observation

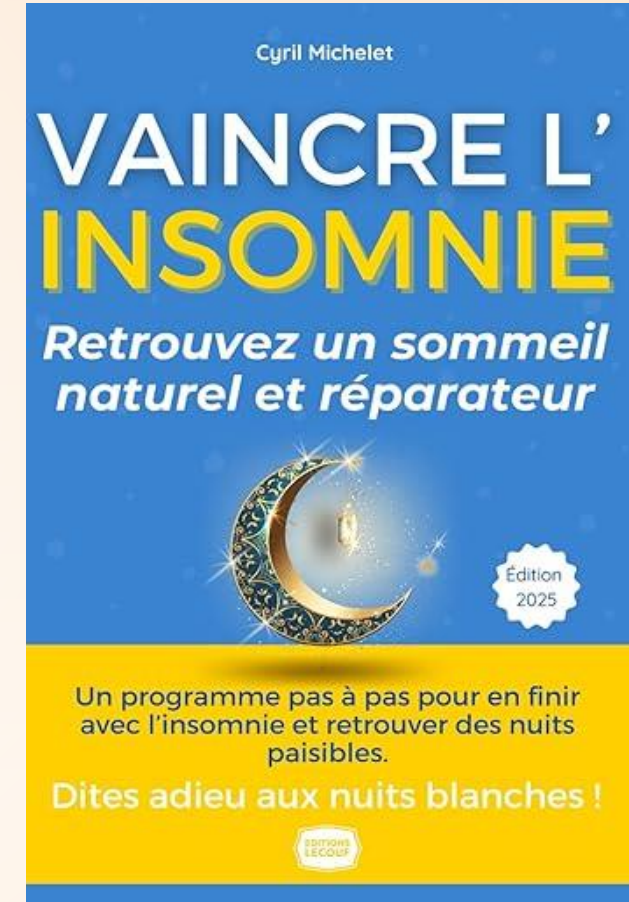
- Chez tous les mammifères, selon des degrés divers, le sommeil évolue au cours de la vie – notamment le sommeil paradoxal – qui occupe la majeure partie du temps de sommeil chez le fœtus, puis qui diminue ensuite progressivement avec la maturation pour se stabiliser ensuite

Essai de définition

Éléments d'observation

- Le sommeil est dans le domaine du psychique et celui des grandes régulations biologiques, un instrument privilégié pour lire et imager les concepts de la psychiatrie et articuler les rapports du corps et de l'esprit dans la maladie mentale
- Le sommeil peut être perturbé dans sa durée (insomnies-hypersomnies) ou dans sa qualité (cauchemars, somnambulisme, terreurs nocturnes)

Eléments de littérature



Troubles du sommeil

Insomnies

- L'insomnie est une difficulté d'installation ou de maintien du sommeil – plainte très fréquente en pathologie mentale et générale – l'insomnie se retrouve dans de nombreux troubles
- **Evaluation** – il faut essayer de chiffrer la durée du sommeil, mais le critère le plus important est : le sommeil a-t-il été réparateur ? – l'appréciation subjective (par le dormeur lui-même) est très souvent fausse

Troubles du sommeil

Insomnie objective

- Le sommeil peut être perturbé dans sa durée (insomnies-hypersomnies) ou dans sa qualité (cauchemars, somnambulisme, terreurs nocturnes)
- L'insomnie objective est celle évaluée dans les laboratoires d'électrophysiologie du sommeil : le sujet est connecté à un appareil d'enregistrement EEG continu, surveillé par un personnel spécialisé et éventuellement filmé

Troubles du sommeil

Insomnie subjective

- L'insomnie subjective est celle dont se plaint le patient : la comparaison entre les différentes données montre des différences importantes (mauvaise perception du sommeil), ce que les patients ont du mal à accepter, car ils sont de bonne foi –
- Il faut tenir compte de la plainte, mais ne pas y répondre comme à une insomnie objective

Troubles du sommeil

Les différentes temporalités

- Selon le moment de survenue de l'insomnie par rapport au sommeil, on distingue les insomnies du début de la nuit (initiale ou prédormitionnelle), les insomnies du milieu de la nuit (dormitionnelle) ou les insomnies de fin de la nuit (terminale ou postdormitionnelle)



Les chiffres clés du sommeil en 2025

Source : Enquête INSV/Fondation VINCI Autoroutes menée par OpinionWay Journée du sommeil 2025



7h04 de sommeil
en **semaine**
(+22 min vs 2024)

7h38 le
week-end
(+13 min vs 2024)



1/4 des Français
dort **moins de 6h**
par nuit en
semaine



43% déclarent souffrir d'au
moins un **trouble du**
sommeil



23h11
heure moyenne
du **coucher** en
semaine

6h30
heure moyenne
du **lever** en
semaine

Organisée par

INSTITUT
NATIONAL
DU SOMMEIL
ET DE LA VIGILANCE

Sous le patronage des

MINISTÈRE
CHARGÉ DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Avec le parrainage de

World Sleep Day
March 14, 2025

SFRMS

Avec le soutien
majeur de

FONDATION
VINCI

Troubles du sommeil

Insomnies occasionnelles et chroniques

- L'insomnie occasionnelle est très fréquente, elle survient lors de maladies aiguës variées ou des situations de tension émotionnelle
- L'insomnie chronique se rencontre dans des situations particulières, c'est une insomnie secondaire symptomatique qui finira par céder avec le traitement de l'affection causale

Troubles du sommeil

Insomnie et psychopathologie

- Au cours de troubles psychopathologiques : états d'excitation, confusions mentales, bouffées délirantes, l'anxiété rend l'endormissement difficile
- L'insomnie ne manque jamais au cours des accès bipolaires, elle annonce très souvent la rechute : réveil matinal dans la mélancolie et résistance à la fatigue étonnante dans les états maniaques

Troubles du sommeil

Insomnie et maladies organiques

- **Au cours de maladies organiques** : douleurs, dyspnée, syndrome d'apnées du sommeil, le ronflement est une cause de mauvaise qualité du sommeil
- **Les situations particulières** : décalage horaire (travail de nuit, fuseaux horaires), stress, mauvaises conditions de vie et de sommeil, abus d'alcool ou d'excitants (café, thé), usage chronique d'anxiolytiques-hypnotiques

Troubles du sommeil

Hypersomnies

- Les hypersomnies se manifestent par une somnolence diurne avec des moments d'endormissements soudains lorsque le sujet est peu stimulé et une baisse des performances cognitives
- Les hypersomnies sont beaucoup plus rares et comme les insomnies, on les rencontre dans des troubles très variés

Troubles du sommeil

Hypersomnies

- Au cours de troubles psychopathologiques : dépressions avec inhibition importante, les névroses hystériques où le sommeil est en quelque sorte une fuite au maximum (catalepsie hystérique ou comas durables), ces troubles sont devenus beaucoup plus rares

Troubles du sommeil

Hypersomnies

■ Au cours de maladies organiques où la limite est souvent difficile à établir avec les confusions et les comas, intoxications, le plus souvent volontaires et médicamenteuses (usage suicidaire ou toxicomaniaque) mais parfois professionnelles (oxyde de carbone), encéphalites, tumeurs touchant l'hypothalamus, syndrome d'apnées du sommeil, affections rares (narcolepsie)

Troubles du sommeil

Hypersomnies

- Les situations particulières : le premier trimestre de la grossesse, l'épuisement qui suit la privation de sommeil (dette de sommeil), un deuil et/ou une autre expérience de perte vécue par le patient

Troubles du sommeil

Parasomnies

- Certains troubles épisodiques fréquents chez l'enfant et survenant au cours du sommeil (parasomnies) ont été décrits très tôt en raison de leur aspect bruyant : somnambulisme, terreurs nocturnes et cauchemars
- Ces troubles peuvent s'observer au cours de stades spécifiques du sommeil : cauchemars pendant la phase REM (sommeil paradoxal), somnambulisme, énu-résie pendant un éveil partiel en période de sommeil lent profond

Troubles du sommeil

Parasomnies

- En phase de sommeil lent, les parasomnies partagent certaines caractéristiques : elles sont plus fréquentes chez le garçon que chez la fille, elles apparaissent dans des familles ayant des antécédents de parasomnies et disparaissent souvent au cours de l'adolescence

Troubles du sommeil

Parasomnies

- **Somnambulisme** : le sujet se déplace pendant son sommeil (éveil partiel) et se livre à des activités plus ou moins organisées
- **Il n'y a pas de danger réel** à réveiller un somnambule, mais il vaut mieux fermer portes et fenêtres et surveiller ce qui se passe, car les activités du somnambule sont mal coordonnées et adaptées

Troubles du sommeil

Parasomnies

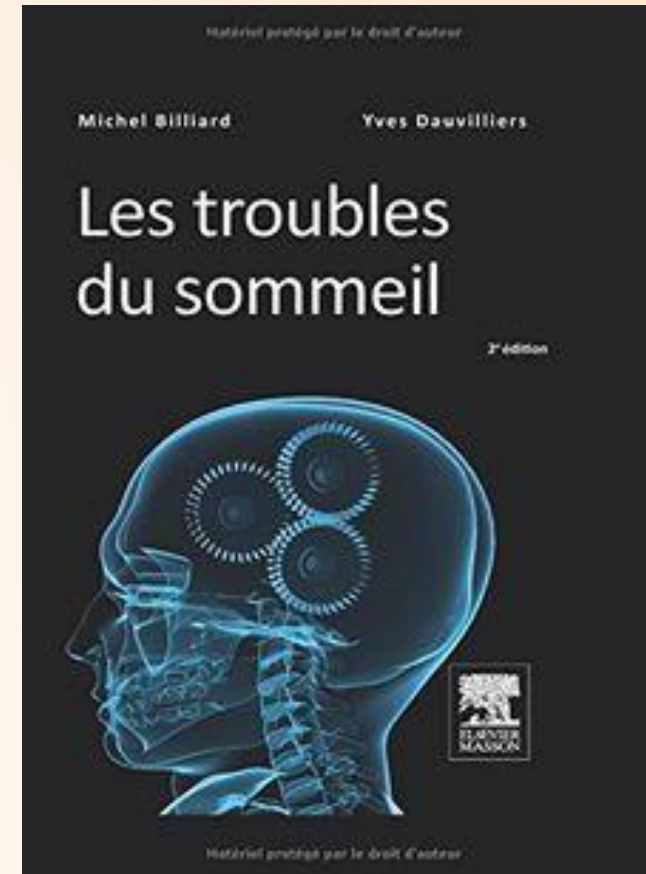
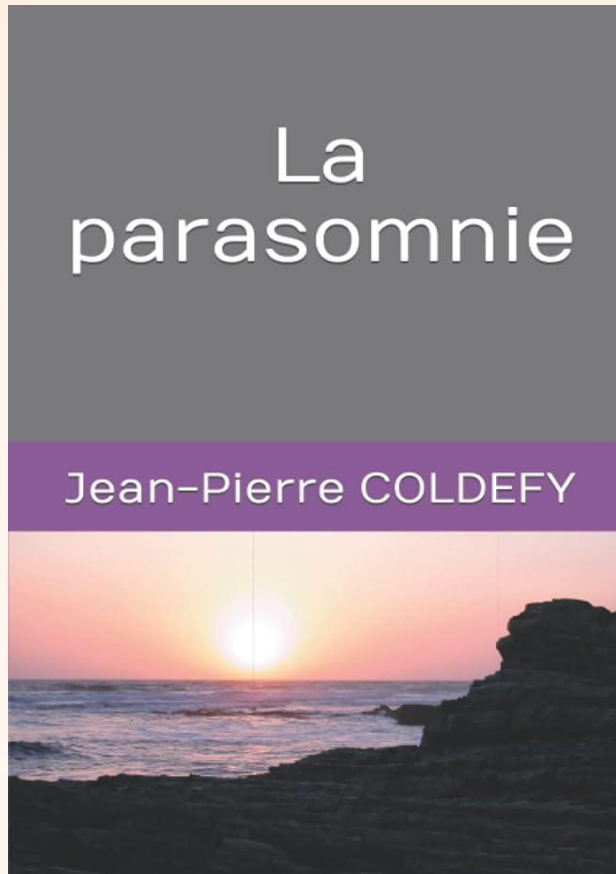
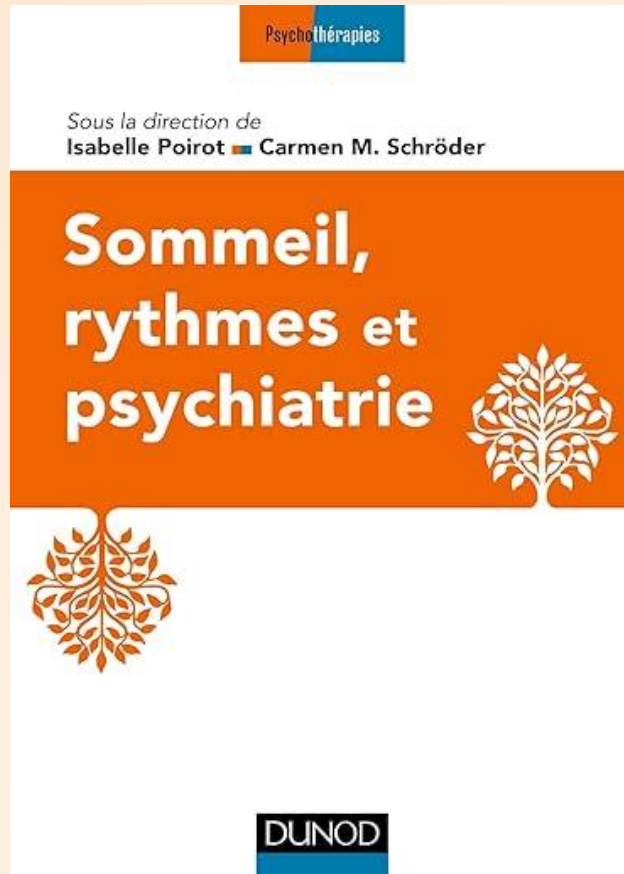
- Le **somnambulisme** commence généralement dans l'enfance, en se manifestant pour la première fois chez l'adulte, il pourrait révéler la présence d'une pathologie psychiatrique
- Le **mécanisme physiopathologique** du somnambulisme reste inconnu et aucun traitement pharmacologique n'est habituellement administré à ces patients sauf dans les cas sévères (benzodiazépines à faibles doses)

Troubles du sommeil

Parasomnies

- **Terreurs nocturnes** : le dormeur se réveille dans un état de frayeur au cours du premier tiers de la nuit avec des signes neurovégétatifs d'accompagnement tels que transpiration, rythme respiratoire et pouls accélérés
- **La prévalence** des terreurs nocturnes serait de 1 à 4% chez l'enfant de moins de douze ans, elles sont rares chez l'adulte

Eléments de littérature



Troubles du sommeil

Parasomnies

- Un traitement pharmacologique n'est proposé que dans les cas sévères : benzo-diazépines à faible dose qui agiraient en augmentant la qualité du stade II au détriment des stades III et IV
- Cauchemars : le dormeur se réveille généralement dans la seconde moitié de la nuit et rapporte un rêve angoissant

Troubles du sommeil

Parasomnies

- Les cauchemars sont des réveils brutaux et anxieux qui s'accompagnent de réactions végétatives importantes (sueurs, accélération des rythmes cardiaque et respiratoire) sans contenu de rêve
- Les cauchemars surviennent en phase IV du sommeil lent (profond), alors que le rêve n'apparaît que pendant le sommeil rapide (sommeil paradoxal)

Troubles du sommeil

Parasomnies

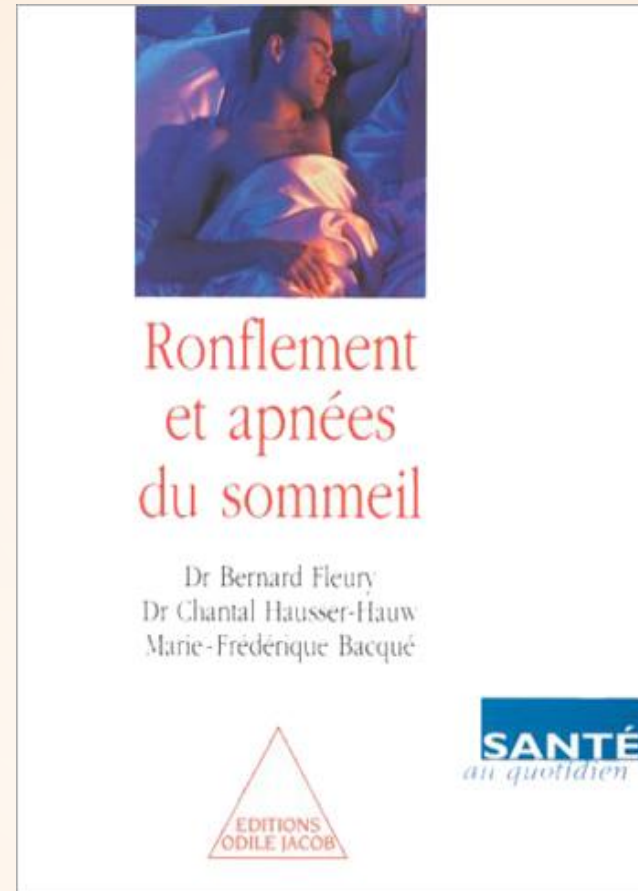
- Des facteurs extérieurs favorisent les cauchemars : période de stress, sevrage de certaines substances (alcool, psychostimulants ou médicaments hypnotiques) ; le traitement vise à réduire ces facteurs favorisants
- Bruxisme : le grincement des dents pendant le sommeil est un symptôme banal fréquent qui semble lié à l'anxiété et/ou l'agressivité ; le seul traitement est orthodontique (port de gouttières sur les arcades dentaires pendant la nuit)

Troubles du sommeil

Parasomnies

■ **Apnées du sommeil** : une cause fréquente et très souvent méconnue d'insomnie chronique : plusieurs fois dans la nuit, le flux respiratoire au niveau des voies aériennes supérieures diminue ou parfois même s'arrête, le rythme cardiaque se ralentit (bradycardie), la saturation sanguine en oxygène diminue, un court éveil permet la reprise respiratoire

Eléments de littérature



Troubles du sommeil

Parasomnies

- **Apnées obstructives** : la langue, les amygdales ou le pharynx viennent bloquer la circulation d'air pendant le sommeil, l'apnée survient en expiration et la reprise respiratoire a lieu en inspiration et entraîne le réveil du dormeur

Troubles du sommeil

Parasomnies

■ **Apnées centrales** : un dysfonctionnement du système nerveux central régulant la respiration est à l'origine de ce type d'apnée qui survient également en position expiratoire et la reprise, en inspiration, s'accompagne d'un éveil ou d'un allègement du sommeil, les voies aériennes supérieures restent ouvertes pendant la période d'apnée, l'activité des muscles intercostaux et celle du diaphragme sont suspendues

Troubles du sommeil

Parasomnies

■ **réalité**, un certain nombre de ces apnées centrales sont des formes mixtes : elles débutent par une apnée centrale mais se poursuivent par une fermeture des voies aériennes supérieures, avec reprise des mouvements thoraciques et abdominaux

Troubles du sommeil

Parasomnies

- Certains facteurs favorisent les apnées du sommeil : obésité, tabagisme, hypertension, le traitement repose sur leur correction
- On peut proposer des appareils de ventilation en pression positive ou des interventions chirurgicales qui libéreront les voies aériennes supérieures ; parmi les médicaments utilisés dans les divers types d'apnée, les antidépresseurs suppriment le sommeil paradoxal (tricycliques et IMAO)

Troubles alimentaires

Anorexie & boulimie

Note introductive

- Les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence sont surtout représentés par l'anorexie mentale et la boulimie
- Ces troubles apparaissent le plus souvent à la période pubertaire et concernent beaucoup plus souvent les jeunes filles
- La fréquence des troubles s'élève également vers 18 ans, période où les enjeux autour de l'autonomisation et de l'individuation sont au premier plan

Note introductive

- Ces affections se situent au carrefour de la psychologie individuelle, des interactions familiales, du corps dans son aspect le plus biologique, et de la société (dite de « consommation ») en général
- Ces pathologies renvoient à un modèle étiopathogénique polyfactoriel incluant à la fois des facteurs génétiques et psychologiques individuels, en étroite interaction avec des facteurs environnementaux familiaux et socioculturels

Note introductive

- Il faut prendre en compte la rapidité d'installation de l'auto-renforcement biologique de la conduite et des complications sévères dans ces troubles (biologiques scolaires, professionnelles et psychologiques), qui entretiennent et perpétuent l'affection
- Anorexie et boulimie offrent un modèle des enjeux de l'adolescence, s'intégrant parmi les conduites d'addiction ou de dépendance qui se développent préférentiellement à cet âge

Note introductive

- Plus qu'une organisation psychopathologique avérée, il convient plutôt d'évoquer une absence d'organisation stable du Moi, se traduisant par l'adoption de modalités défensives corporelles et comportementales
- Sur le plan thérapeutique, la mise en place des soins peut être rendue compliquée par la dimension de déni des symptômes

Note introductive

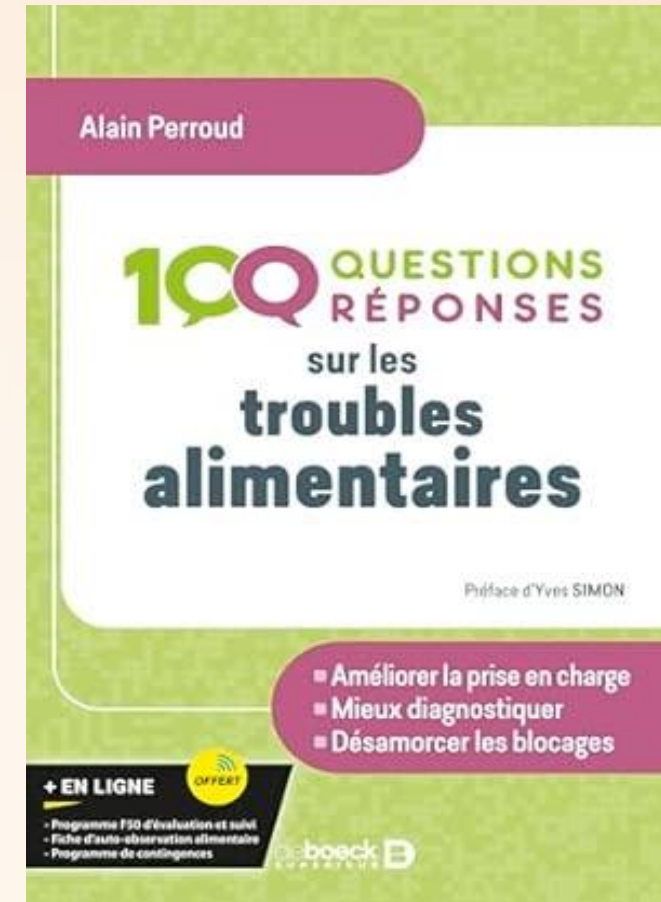
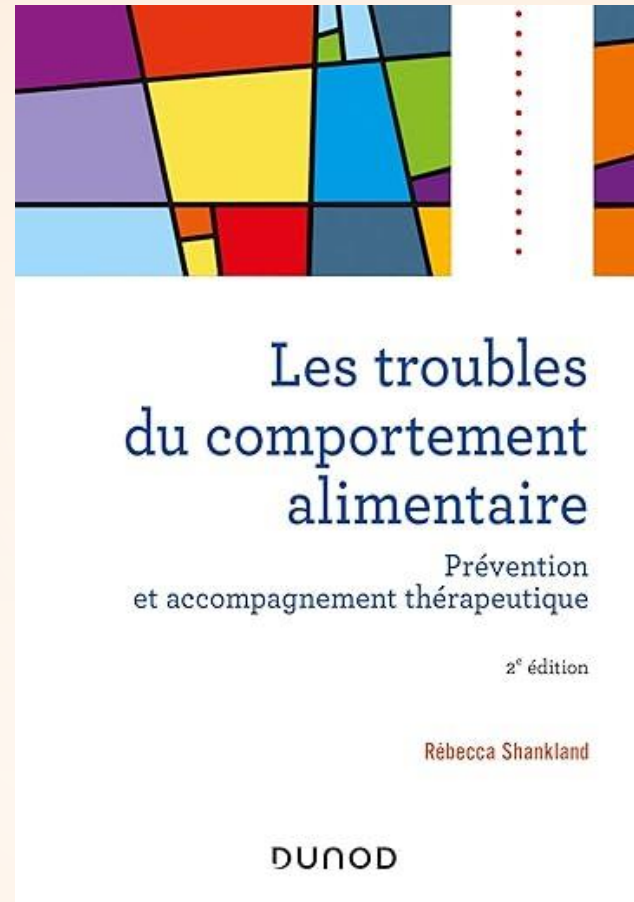
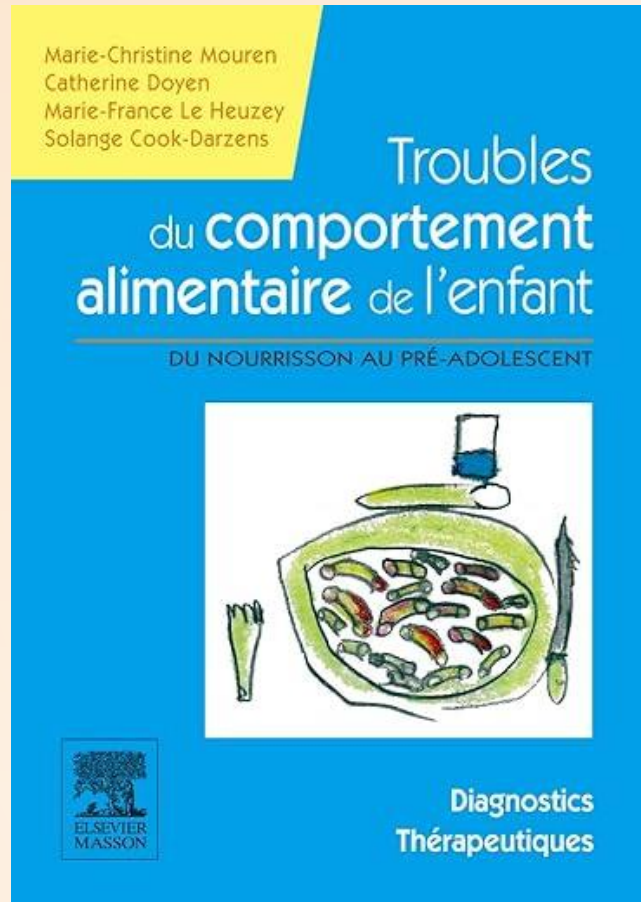
- Le traitement de ces troubles à forte intrication somato-psychiatrique implique une nécessaire coordination entre les différents intervenants ainsi que la sollicitation et l'implication des parents dans les soins, afin d'assurer une continuité et une cohérence qui vont aider le patient à se sentir moins menacé et à assouplir progressivement ses modalités défensives

Anorexie

Eléments de sémiologie

- Le tableau clinique classique de l'installation de la conduite anorexique concerne la jeune fille adolescente entre 12 et 20 ans qui présente la triade symptomatique dite des « trois A » : anorexie – amaigrissement – aménorrhée
- Le refus de maintenir le poids corporel au niveau du poids corporel normal pour l'âge et la taille : peur intense de prendre du poids ou de devenir gros

Eléments de littérature



Anorexie

Éléments de sémiologie

- Altération de la perception du poids et/ou de la forme de son propre corps
- Chez les femmes postpubères, aménorrhée (absences successives d'au moins trois cycles menstruels consécutifs)

Anorexie

Éléments de séméiologie

- L'anorexie est le maître symptôme, ses caractères particuliers traduisent sa dimension psychologique et sa signification de conduite relationnelle : il s'agit d'une restriction alimentaire volontaire qualitative et quantitative
- Au début, elle est justifiée par un régime du fait d'une perception subjective de surpoids, de difficultés digestives ou de gastralgies

Anorexie

Éléments de sémiologie

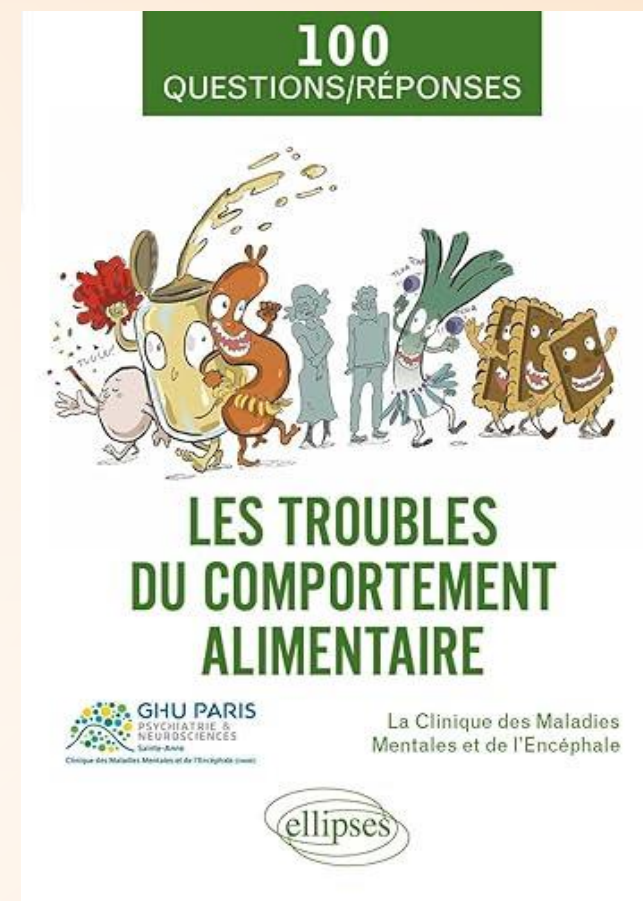
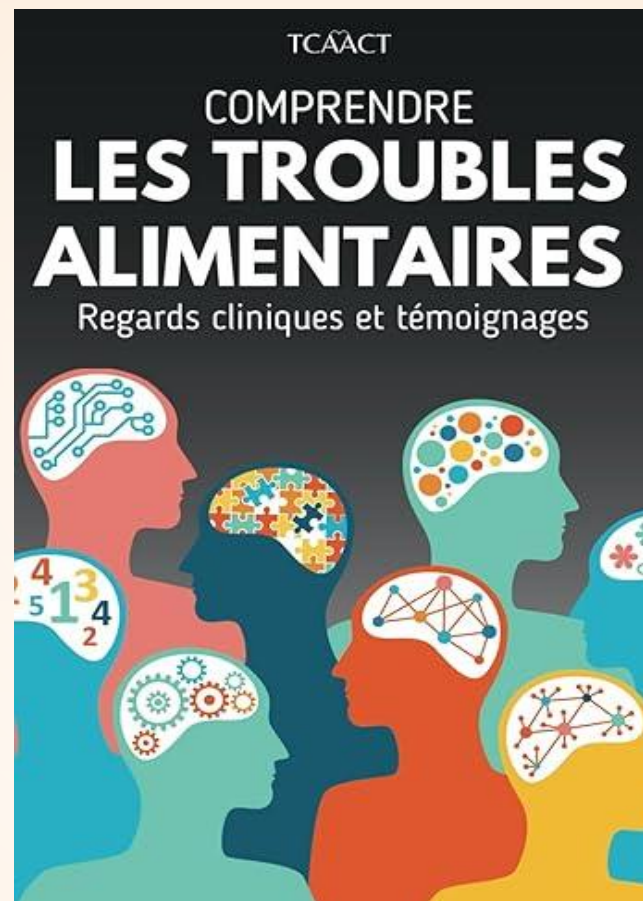
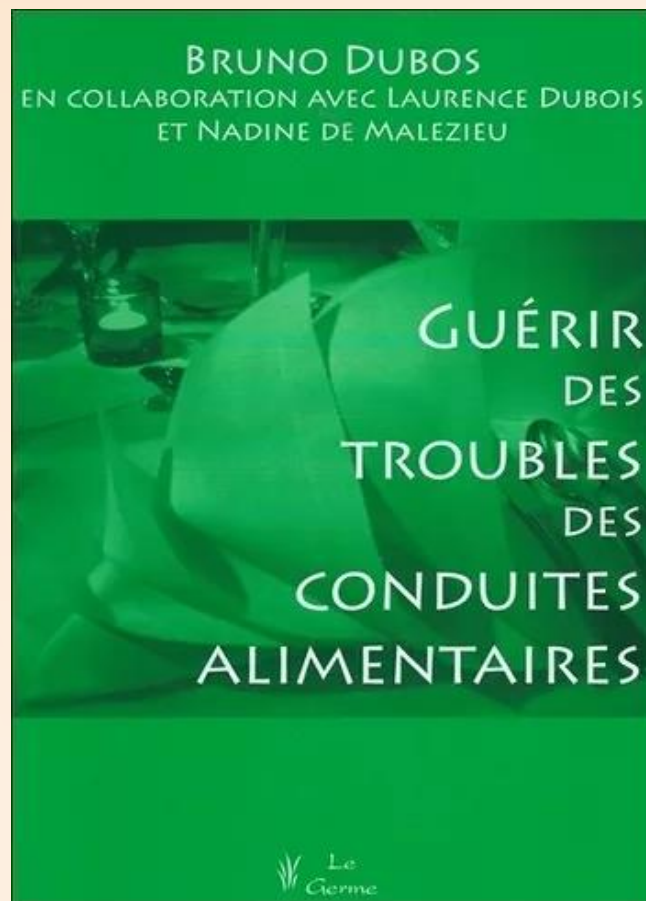
- Cette restriction alimentaire représente une lutte active contre la faim, sensation à la fois source de honte rappelant les besoins instinctuels du corps et source de satisfaction jouissive, indice activement recherché de la maîtrise des besoins
- Ces conduites de restrictions, peuvent finir par dépasser les capacités de maîtrise des patientes quand il leur devient impossible de faire machine arrière

Anorexie

Éléments de sémiologie

- Un ensemble de comportements et rituels évocateurs s'associent à ces conduites de restrictions afin de contenir l'anxiété liée à la prise alimentaire
- L'entourage des patients décrit un intérêt exagéré pour tout ce qui a trait à la nourriture, la façon de manger est en elle-même évocatrice : tri des aliments en fonction de critères personnels, grignotage par portions infimes, mâchonnement interminable

Eléments de littérature



Anorexie

Eléments de sémiologie

- On sera particulièrement attentif à certains comportements : la potomanie (équi-libre hydroélectrolytique menacé), le mérycisme (dénutrition chronique), les conduites de purge (vomissements provoqués, laxatifs et diurétiques)
- L'investissement de la sensation de faim est particulier, et bon nombre de patientes recherchent et provoquent cette sensation (Kestemberg E. et *al.*, 1972)

Anorexie

Eléments de sémiologie

- L'ensemble des besoins du corps peut faire l'objet d'une semblable méconnaissance de leur nécessité et de leur fonction de garant de la vie pour être utilisés à des fins de maîtrise et de satisfaction auto-érotique
- L'hyperactivité et le surinvestissement de la motricité en sont une illustration très démonstrative

Amaigrissement

Éléments de sémiologie

- L'amaigrissement correspond à une perte de poids importante ou à une absence de prise de poids pendant la croissance
- Le diagnostic est posé lorsque le poids est au moins 15% en dessous du poids attendu, soit un indice de masse corporelle $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$ inférieur au 10^e percentile chez les adolescents, ou inférieur à 17,5, chez les adultes (Hebebrand J. et *al.*, 1996)

Amaigrissement

Eléments de sémiologie

- En regard de cet amaigrissement, la méconnaissance par les malades de leur maigreur est, à des degrés divers, constante
- Elle reflète l'importance du trouble de la perception de l'image de leur corps par ces patientes, les amenant à d'incessantes mesures de vérification : pesées post-prandiales, recherches sur la valeur calorique des aliments, mensuration des « rondeurs » éventuelles



Amaigrissement

Éléments de sémiologie

- Ce trouble de l'image du corps augmente paradoxalement avec l'amaigrissement
- La reprise de poids réduit l'intensité de ces distorsions cognitives, même si celles-ci persistent souvent au-delà de l'arrêt des conduites restrictives

Aménorrhée

Eléments de séméiologie

- Elle survient constamment au cours de l'évolution, elle coïncide le plus souvent avec le début de l'anorexie, mais peut aussi la précéder ou la suivre
- Elle peut être primaire si la jeune fille n'était pas encore réglée ou secondaire dans le cas contraire
- On parle d'aménorrhée après une interruption de trois mois des règles précédemment régulières, ou de six mois si elles étaient irrégulières

Aménorrhée

Eléments de sémiologie

■ est un symptôme cardinal de l'anorexie mentale lié à l'importance de la dénutrition et de l'exercice physique et à leurs effets sur l'axe hypothalamo-hypophysaire gonadique, mais aussi à certaines dimensions psychopathologiques comme l'aménorrhée qui précède l'amaigrissement et/ou sa persistance durable après la rééquilibration pondérale

Aménorrhée

Eléments de sémiologie

- Les règles réapparaissent dans un délai extrêmement variable, le pourcentage d'aménorrhée persistant six à douze mois après le retour à un poids normal varie de 13 à 20%
- Les taux d'œstradiol périphériques sont alors corrélés à des symptômes clés de l'anorexie mentale tels que l'insatisfaction corporelle (Brambilla F. et *al.*, 2003)

Troubles alimentaires

Autres signes cliniques

- La triade symptomatique qui constitue une constellation très évocatrice de l'ano-rexie mentale peut s'associer à d'autres éléments cliniques qui traduisent l'intensité des conflits intrapsychiques que vivent ces patientes
- Un besoin de maîtrise et un contre-investissement de leurs désirs peut donner une impression générale de paradoxalement

Troubles alimentaires

Autres signes cliniques

- L'absence de fatigue ainsi que l'hyperactivité intellectuelle et motrice s'associent souvent à la diminution de la durée du sommeil et à des mesures d'ascétisme : marcher jusqu'à épuisement, refuser de s'asseoir, dormir à même le sol, etc.
- Ces activités sont le plus souvent solitaires – s'exercent sans plaisir – de manière rigide et automatisée

Boulimie

Présentation & définition

- **La boulimie**, étymologie « faim de bœuf » est un terme du langage courant, qui désigne l'excès et la démesure dans l'acte de manger
- **Son extension à d'autres domaines** (boulimie de travail, de loisirs, de sensation, de pouvoir, de responsabilité, etc.) indique d'emblée la correspondance entre un comportement purement alimentaire et une problématique psychique sous-jacente plus générale impliquant l'avidité et l'impulsivité dans la recherche répétitive, mais vaine d'un objet susceptible de combler, de remplir, d'apporter la plénitude qui fait défaut

Boulimie

Eléments de séméiologie

- **En clinique**, la boulimie se définit comme la répétition d'épisodes de gavage alimentaire s'imposant de manière contraignante au sujet mais qui en perçoit le caractère pathologique
- **La boulimie** est souvent assimilée à l'ensemble des troubles (l'anorexie mentale et l'obésité) entraînant de grandes variations pondérales

Boulimie

Éléments de sémiologie

- **La boulimie** s'est imposée à partir des années 1980 comme un syndrome autonome, caractérisé par la prédominance symptomatique de troubles des conduites orales – notamment dans l'association boulimie-vomissements – et n'impliquant pas forcément un statut pondéral anormal
- **Le tableau clinique** le plus caractéristique est la forme compulsive normo-pondérale évoluant par accès avec vomissements : elle constitue par ailleurs une évolution fréquente de l'anorexie mentale, que le poids soit redevenu normal ou non

Crise de boulimie

Etude sémiologique

- L'accès boulimique se déroule suivant un scénario assez stéréotypé : son déclenchement brutal – son caractère impérieux – son déroulement d'un seul tenant jusqu'au malaise physique ou au vomissement lui confèrent un caractère de crise
- crise boulimique consiste en l'ingurgitation massive – quasi frénétique – d'une grande quantité de nourriture : cette ingestion rapide s'accomplit en général en cachette et répond fréquemment à un sentiment de solitude

Crise de boulimie

Etude sémiologique

- Les aliments sont choisis en raison de leur richesse calorique (pain, beurre, pâtes, chocolat) et surtout de leur caractère « bourratif »
- L'accès de boulimie est le plus souvent suivi de vomissements provoqués mais qui avec le temps, deviennent quasi automatiques

Crise de boulimie

Etude sémiologique

- La fin de l'accès peut être suivi d'un état de torpeur à la limite d'un vécu de dépersonnalisation, cet état peut s'accompagner de douleurs physiques violentes, surtout abdominales : il entraîne le plus souvent un sentiment de malaise, de honte, de dégoût de soi
- L'usage de différents médicaments, laxatifs, diurétiques, anorexigènes, peut donner lieu à des abus considérables et à des complications somatiques graves

Crise de boulimie

Etude sémiologique

- **L'image du corps**, comme dans l'anorexie mentale, fait l'objet de préoccupations exagérées souvent obsédantes, mais il n'y a pas de distorsion massive de la perception de la réalité du corps
- **Le poids est le plus souvent normal**, cependant des conduites boulimiques se retrouvent chez des obèses ou des patients avec surcharge pondérale modérée

Crise de boulimie

Etude sémiologique

- La fréquence des accès est très variable, de 1 à 2 par semaine à plus de 15 par jour au cours de véritables « états de mal boulimiques » : cette pratique peut être régulière ou survenir par périodes de plusieurs mois ou semaines avec des intervalles libres de durée variable
- Entre les crises, peuvent survenir des conduites de grignotage, de restriction alimentaire, ou de régimes alimentaires associés à des exercices physiques plus ou moins extravagants

Crise de boulimie

Etude sémiologique

- Les patients boulimiques peuvent présenter certains signes cliniques qui constituent des indices de vomissements provoqués : callosités ou dermabrasions de la face dorsale de la main, parotidomégalie, altération de l'émail dentaire
- Parfois d'autres conduites impulsives ou compulsives associées : achats impulsifs, kleptomanie, conduites sexuelles à risque, consommations de toxiques

Diagnostics différentiels

Syndrome boulimique

- Les causes d'hyperphagie secondaire d'origine organique : tumeur cérébrale frontale, épilepsie partielle, syndrome démentiel, endocrinopathie (hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, etc.), syndrome de Kleine-Levin (préférentiellement chez les adolescents de sexe masculin qui associent des crises d'hyperphagie, une hypersomnie et des troubles du comportement sexuel)

Diagnostics différentiels

Syndrome boulimique

- Certaines hyperphagies peuvent se rencontrer dans des troubles psychiatriques : accès maniaques, schizophrénie, psychose infantile et c'est lors de l'entretien psychiatrique que le diagnostic de *bulimia nervosa* est éliminé
- L'entretien permet aussi de distinguer les crises de boulimie du grignotage (ingestion répétée d'aliments sans culpabilité ni comportement contre la prise de poids) et de l'hyperphagie alimentaire

Troubles alimentaires

TCA non spécifiés

- Les troubles des conduites alimentaires ne remplissant pas l'ensemble des critères diagnostiques de l'anorexie mentale ou de la boulimie répondent à l'appellation de TCA non spécifiés
- Le *binge eating disorder* est une hyperphagie boulimique sans conduite associée de mesure de contrôle du poids (notamment absence de conduites de purge) et se traduit physiquement par une obésité

Troubles alimentaires

TCA non spécifiés

- Le tableau clinique retrouve des épisodes de frénésie alimentaire et des épisodes de perte de contrôle de l'acte alimentaire
- Contrairement aux autres personnes obèses, les patients décrivent de fortes préoccupations pour la nourriture et le poids, ainsi que de vaines tentatives de restriction alimentaire, comorbidité anxiodépressive accrue (Godart N. et *al.*, 2010)

Troubles alimentaires

TCA non spécifiés

- Les sujets décrivent des épisodes d'ingestion alimentaire impulsive, qui surviennent le plus souvent en soirée (en lien avec des angoisses vespérales ou un relâchement de la pression sociale) et peuvent être induits par un régime hypocalorique mal adapté
- Lorsque ces compulsions alimentaires surviennent la nuit, elles peuvent évoquer un syndrome dépressif associées à une asthénie et des troubles du sommeil

Troubles sphinctériens

Enurésie & encoprésie

Note introductive

Construction sémantique

- L'acquisition de la propreté sphinctérienne dépend de la maturation du système nerveux permettant le contrôle sphinctérien – des conventions et habitudes socioculturelles qui entourent les fonctions excrémentielles – de la maturité affective de l'enfant qui se trouve (selon Sigmund Freud) au stade anal de son développement

Note introductive

Construction sémantique

- L'enfant investit les zones anale et urétrale, sièges de sensations nouvelles ; elles deviennent zones érogènes prédominantes, c'est-à-dire source de plaisir
- L'enfant prend conscience des possibilités nouvelles qui lui sont offertes d'expulser ou de se retenir : c'est lui qui « décide » ; il attache beaucoup d'intérêt à tous les produits issus de son corps et prend plaisir à les « contrôler », à maîtriser



Note introductive

Construction sémantique

- L'acquisition de la propreté sphinctérienne dépend des relations mère-enfant et tout l'art de la mère est de laisser croire à son enfant qu'il a décidé par lui-même d'être propre
- L'enfant fait sienne la demande de ses parents, c'est par amour et pour l'amour de ses parents que l'enfant acceptera de se priver du plaisir de faire pipi et caca quand bon lui semble

Note introductive

Construction sémantique

- Si l'harmonie ne règne pas, l'affrontement se traduit du côté de la mère par des menaces, des exigences excessives, des cris, des punitions et humiliations, du côté de l'enfant par le refus de se discipliner : l'enfant dispose d'une « arme », lui permettant ainsi d'exprimer sa déception, sa rage, sa colère...



Note introductive

Acquisition de la propreté

- Les principales étapes de l'acquisition de la propreté sphinctérienne : 18 mois contrôle des matières fécales la nuit, 2 ans propreté de jour, 3-4 ans propreté de jour et de nuit
- Les échecs de l'acquisition de la propreté sphinctérienne s'expriment par deux symptômes : l'énurésie et l'encoprésie

Note introductive

Acquisition de la propreté

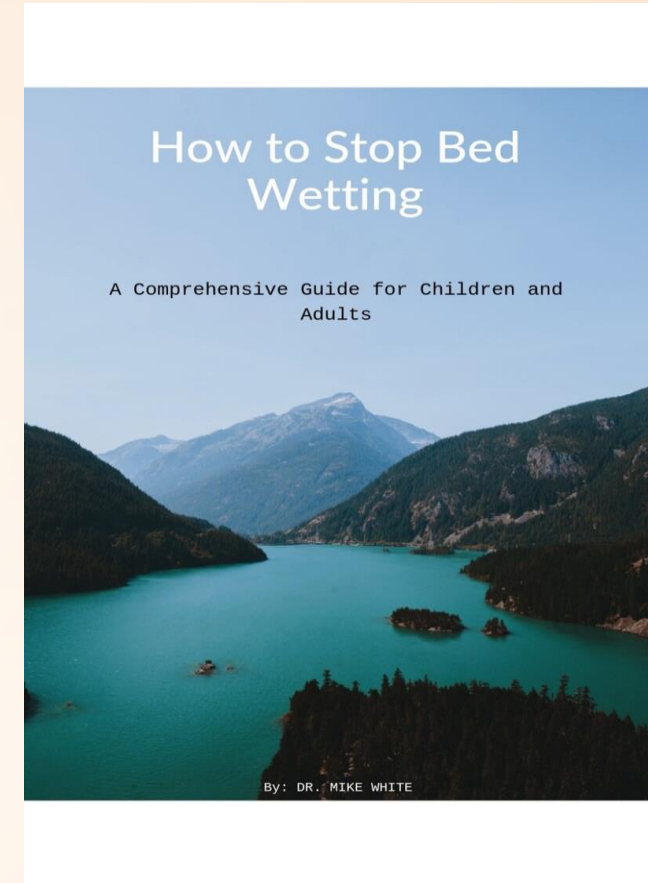
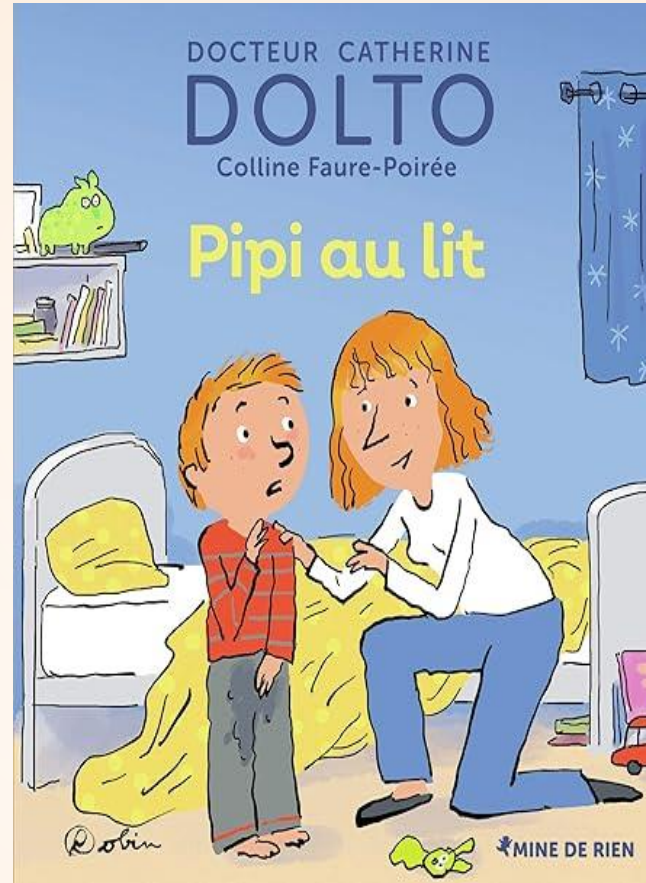
- **L'énurésie** se définit comme une miction normale et complète, involontaire et inconsciente, généralement nocturne, pendant le sommeil, chez un enfant âgé de plus de 3-4 ans
- **L'énurésie est fréquente**, elle touche 10% des enfants entre 5 et 8 ans, *sex-ratio* est de 2 garçons pour une fille

Note introductive

Acquisition de la propreté

■ L'énurésie est dite **primaire** quand l'enfant n'a jamais acquis la propreté, elle est dite **secondaire** quand l'enfant a été propre plusieurs mois ou années puis recommence à mouiller son lit, généralement à la suite d'un événement traumatisant : déménagement, divorce, naissance d'un puîné, deuil, etc.

Eléments de littérature



Note introductive

Acquisition de la propreté

- Si l'enfant mouille sa culotte dans la journée, a des envies impérieuses d'uriner, des mictions douloureuses ou une pollakiurie, il faut alors rechercher une cause organique ; ces signes peuvent aussi orienter vers une immaturité vésicale
- Des études cystomanométriques ont montré que la vessie d'un enfant énurétique se comportait comme une vessie d'enfant plus jeune

Note introductive

Acquisition de la propreté

- Des symptômes associés : anxiété, agressivité, difficultés scolaires, encoprésie, peuvent orienter vers le « sens » que peut avoir l'énurésie mais elle est souvent un symptôme isolé, l'enfant se développant bien par ailleurs
- Beaucoup de parents pensent à tort que l'enfant fait pipi la nuit parce qu'il a un sommeil trop profond

Enurésie

Contexte psychofamilial

- Quelle est l'attitude de la famille ? tolérance ? indifférence ? voire « complicité » ? recherche d'organicité ? punitions ? y a-t-il d'autres cas d'énurésie dans la famille ? (certaines formes familiales ont fait évoquer un caractère génétique)
- Quelle est l'attitude de la mère par rapport à la propreté en général ? l'éducation sphinctérienne a-t-elle été précoce ? tardive ? rigide ? laxiste ?

Enurésie

Contexte psychofamilial

- Les attitudes extrêmes risquent d'aboutir aux mêmes symptômes
- Quelle est l'attitude de l'enfant ? paraît-il gêné ou apparemment indifférent ? Répète-t-il les « explications » des adultes ? Est-il profondément blessé sur le plan narcissique ?

Enurésie

Contexte psychofamilial

- Quels sont les bénéfices secondaires ? mobilisation de la famille autour de l'enfant ? exacerbation de conflits familiaux ou au contraire moyen d'éviter l'abord d'autres problèmes au sein de la famille ? système de protection face à d'éventuelles séparations ?
- Les bénéfices secondaires sont rarement absents mais pas toujours très faciles à repérer au sein du fonctionnement familial

Enurésie

Examens complémentaires

- Un examen des urines est pratiqué systématiquement, les autres investigations biologiques et radiologiques seront pratiquées en fonction de la clinique
- Le médecin doit avoir le souci de ne pas « passer à côté de quelque chose d'organique » mais de ne pas majorer le symptôme en multipliant des explorations de plus en plus sophistiquées passant ainsi à côté de la souffrance psychologique de l'enfant

Enurésie

Diagnostic différentiel

■ L'énurésie doit être distinguée des incontinences urinaires qui accompagnent un certain nombre de maladies très diversifiées : **M urologiques** malformations, maladie du col vésical, etc., **M neurologiques** compressions médullaires, spina bifida, etc., **M métaboliques** diabète, potomanie, etc.

Enurésie

Aspects psychopathologiques

- L'énurésie est un symptôme dont les significations sont multiples, très souvent inconscientes, s'inscrivant dans des contextes très divers : moments régressifs de l'enfant normal, névroses, dépression, psychoses, organisations « caractérielles »
- Dimension régressive où exprime le désir d'être traité comme un bébé par peur d'être moins aimé

Enurésie

Aspects psychopathologiques

- **Dimension passive et masochiste** quand l'enfant assume mal son agressivité, il se montre inhibé, timide et parfois, il multiplie les comportements d'échec, comme s'il cherchait la punition
- **Dimension agressive** où l'opposition à toute contrainte peut s'étendre à beaucoup d'autres domaines de la vie quotidienne

Enurésie

Conseils éducatifs & d'hygiène

- Supprimer les couches et protéger le lit car c'est tenir un double langage que de demander à l'enfant d'être propre et de lui laisser ses couches
- Eviter les soins corporels trop proches (lavages, massages, pommades) tout en invitant l'enfant à aller faire pipi avant de s'endormir

Enurésie

Conseils éducatifs & d'hygiène

- **Eviter l'absorption** de trop grandes quantités de liquide le soir (sans imposer de restriction liquidienne, ce qui ne ferait que constituer un autre terrain d'affrontement et serait sans efficacité)
- **Démystifier** le fonctionnement de l'appareil urinaire en donnant des informations anatomo-physiologiques et en expliquant l'information donnée au cerveau la nuit quand il y a réplétion vésicale

Enurésie

Conseils éducatifs & d'hygiène

- **Inciter** (selon l'âge et la motivation de l'enfant) à tenir un carnet où seront notés chaque jour succès et échec, faire sonner un réveil afin de se réveiller avant la miction nocturne (quand l'enfant est plus petit, les parents peuvent assurer le réveil complet afin que l'enfant se lève seul pour aller uriner)
- **Eviter** par quelques conseils de bon sens tous les facteurs de stress et d'anxiété et favoriser de bonnes conditions de sommeil

Enurésie

Traitements allopathiques

- Les antidépresseurs tricycliques, type Anafranil® (imipramine) 10-30 mg pour un enfant de 6-10 ans à prendre en deux prises (au goûter et au coucher)
- L'hormone synthétique antidiurétique, type Minirin® (desmopressine) prescrite par spray le soir au coucher 30 mcg (microgramme) chez l'enfant de plus de 20 kg elle est surtout indiquée dans les formes avec pollakiurie et polyurie

Enurésie

Traitements allopathiques

- Un antispasmodique urinaire (anticholinergique), type Ditropan® (oxybutynine), est surtout indiqué dans l'immaturité vésicale
- Ces traitements sont efficaces mais le risque est la reprise du symptôme à l'arrêt du traitement qui doit s'accompagner d'un soutien psychologique

Enurésie

Education & rééducation fonctionnelle

- La méthode consiste à faire uriner l'enfant dans la journée, avant la réplétion complète de la vessie : elle demande une coopération de l'enfant et de sa famille
- La psychothérapie est indiquée chez l'enfant et ses parents lors de troubles associés, une intolérance majeure, une dramatisation et une culpabilisation du symptôme ou que ce dernier s'inscrit dans une névrose
- Les cures thermales peuvent être indiquées chez les grands enfants très motivés, capables de supporter la séparation familiale

Encoprésie

Eléments de définition

- L'encoprésie est définie par l'exonération de selles formées ou semi-formées dans la culotte (ou dans tout autre endroit inhabituel) ou par une souillure, au-delà de l'âge de 4 ans, de façon régulière, dans la journée
- La prévalence est de 1% de la population des enfants de 5 ans, *sex-ratio* de 3 à 4 garçons pour une fille ; elle peut être associée à l'énurésie (3% des cas)

Encoprésie

Eléments de définition

- L'encoprésie est dite primaire quand l'enfant n'a jamais été propre, elle est dite secondaire quand l'enfant a été propre quelques mois
- Les accidents surviennent une à plusieurs fois par jour – souvent dans les mêmes lieux – ils sont réguliers ou épisodiques, l'enfant pouvant être propre pendant plusieurs semaines

Encoprésie

Eléments de définition

- L'encoprésie peut s'accompagner ou non de constipation
- L'émission d'une selle chez un enfant qui s'isole, s'accroupit et défèque dans la culotte : c'est un acte pratiquement volontaire et il n'y a pas de rétention
- La rétention s'accompagne souvent de constipation depuis le plus jeune âge, de selles dures, d'émission douloureuse avec saignement, fistules anales, douleurs abdominales...

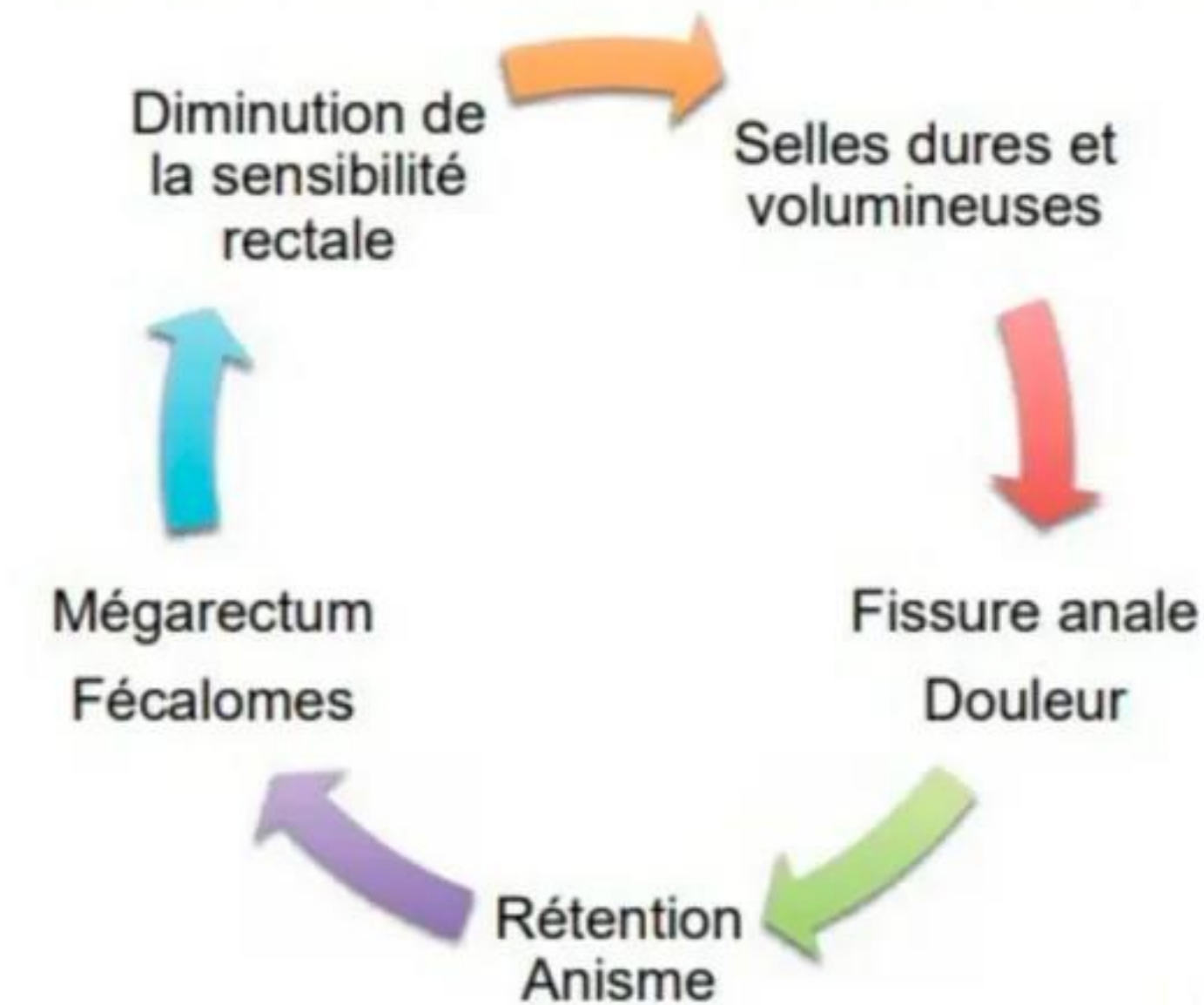
Diminution de
la sensibilité
rectale

Selles dures et
volumineuses

Mégarectum
Fécalomes

Fissure anale
Douleur

Rétention
Anisme



Encoprésie

Eléments de définition

- La présence de fécalomes à la palpation de l'abdomen et/ou de matières fécales dans l'ampoule rectale est habituelle
- L'émission de selles se fait alors par rengorgement, l'enfant ne parvient plus à se retenir, ce qui lui fait dire « *j'ai pas senti, je l'ai pas fait exprès* »

Encoprésie

Examen clinique & différentiel

- L'examen clinique du gastro-pédiatre s'impose, déterminant la présence ou non de fécalome, la vacuité de l'ampoule rectale, la sensibilité de la marge anale, les habitudes alimentaires
- L'examen clinique permet d'éliminer un mégacôlon primitif de type maladie de Hirschsprung ou un mégacôlon secondaire

Encoprésie

Examen clinique & différentiel

- A force de se retenir et de déféquer « à rebours » c'est-à-dire de faire remonter les selles dans l'intestin, un enfant peut déséquilibrer sa motricité intestinale et constituer un mégacôlon fonctionnel
- Il est important d'intégrer pour le traitement ces aspects somatiques et psychologiques étroitement imbriqués dans la genèse de l'encoprésie

Encoprésie

Contexte psychosocial

- Quelles sont les réactions des parents au symptôme ? indifférence ? souvent dans un contexte de carences multiples et d'abandon, réactions de rejet ? avec parfois sanctions à la limite des sévices, surveillance extrême ?
- Quelle est « l'ambiance » dans la famille ?

Encoprésie

Contexte psychosocial

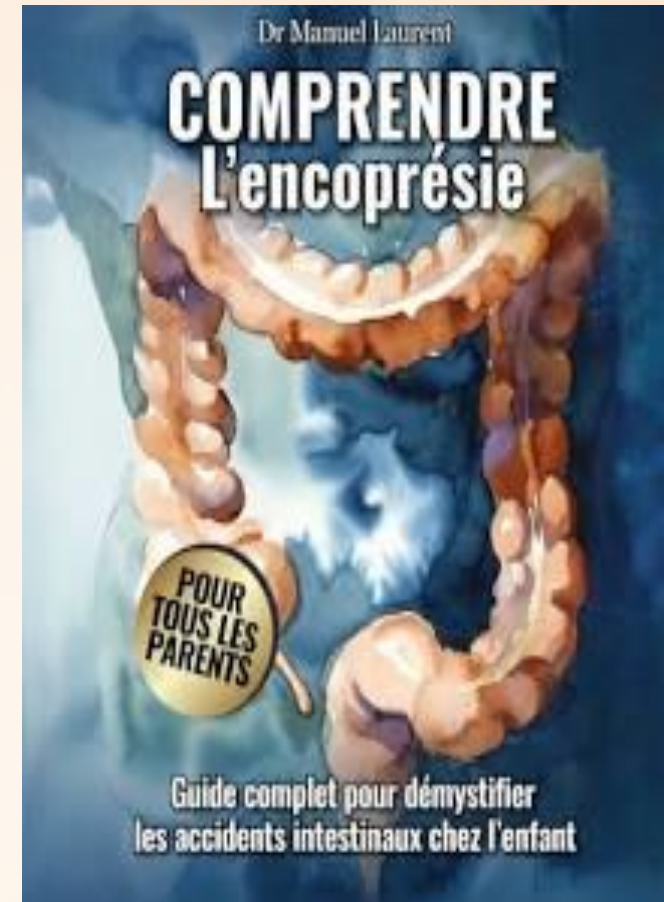
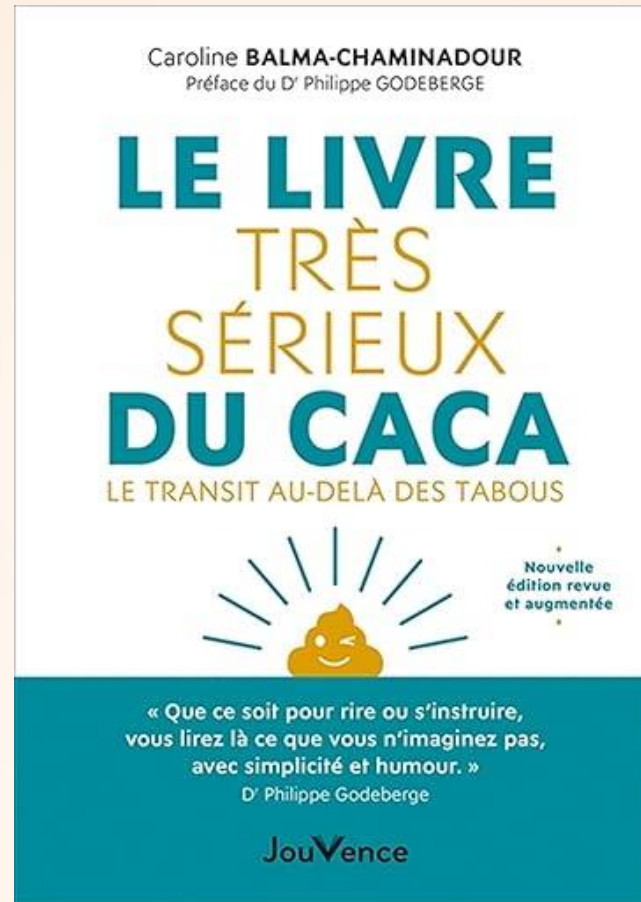
- Quelle a été l'éducation sphinctérienne ? laxiste ou au contraire stricte voire agressive, avec obligation faite à l'enfant de déféquer au moment choisi par sa mère au prix de manipulations avec le doigt, les suppositoires, l'utilisation de produits laxatifs, etc.

Encoprésie

Contexte psychosocial

- Quelle est l'attitude de la mère par rapport à la propreté, la saleté, les odeurs ? est-elle « maniaque » ?
- Quelle sont les réactions de l'enfant ? l'enfant paraît-il gêné ? cache-t-il ses slips souillés dans les placards, sous le matelas... ou bien ne paraît pas affecté comme s'il déniait qu'il puisse importuner les autres par son odeur ? il peut alors apparaître comme provocateur !

Eléments de littérature



Encoprésie

Aspects psychopathologiques

- Les processus psychopathologiques qui conduisent un enfant à ne pas acquérir ou à perdre la propreté sphinctérienne sont à peu près toujours en relation avec un mouvement d'inhibition et de passivité ou d'opposition et d'agressivité
- Erotisation de la rétention, c'est le plaisir de se retenir qui est recherché

Encoprésie

Aspects psychopathologiques

- **Angoisse d'expulsion** vécue comme menaçante, destructrice, véritable phobie de la défécation, l'enfant exprime des angoisses de morcellement ou de dévoration très archaïques « un serpent va sortir et me manger » qui se rencontrent chez des enfants psychotiques

Encoprésie

Aspects psychopathologiques

- **Plaisir masturbatoire** de l'enfant qui excelle dans le jeu solitaire de va et vient des selles à l'intérieur du rectum accompagné d'un sentiment de maîtrise et/ou de toute puissance
- **Ce plaisir se rencontre** chez les enfants aux traits obsessionnels avec un caractère de type « anal » ou chez des enfants dits « caractériels » au risque d'évolution vers la psychopathie ou la délinquance

Encoprésie

Aspects psychopathologiques

- **Sentiment de dépression**, d'autodépréciation, de mauvaise estime de soi, d'auto-agressivité, chez des enfants carencés dans un milieu peu « contenant » ne permettant pas l'intériorisation des interdits et règles sociales
- **Le conflit mère-enfant** est souvent profond et ancien

Encoprésie

Aspects thérapeutiques

- Le traitement implique souvent l'action conjointe du gastropédiatre et du pédo-psychiatre en raison de la complexité de ce symptôme
- L'alimentation doit être adaptée : on supprime les aliments constipants (banane, pomme, riz, chocolat) et on augmente la ration quotidienne en fibres et en eau

Encoprésie

Aspects thérapeutiques

- On propose à l'enfant d'aller à la selle une ou deux fois par jour en profitant du réflexe gastro-colique, c'est-à-dire après le repas du soir le plus souvent
- L'abord médicamenteux comporte essentiellement des lubrifiants comme le Lansoyl® gelée (1 à 3 cuillères à café par jour), parfois en l'absence de selles, on utilisera en début de traitement des suppositoires d'Eductyl® mais des lavements sont parfois nécessaires pour éliminer les fécalomes

Encoprésie

Aspects thérapeutiques

- L'enfant sera valorisé sur le plan narcissique pour la part active qu'il prend à son traitement ; l'abord psychothérapique permettra d'analyser les liens de l'enfant et de sa famille : pourquoi tant d'angoisse ? de complaisance ? de punitions ?
- Beaucoup d'enfants sont prêts à renoncer au plaisir auto-érotique et à chercher d'autres investissements en utilisant des mots et non des actes pour s'exprimer si on s'intéresse à eux

Troubles à expression comportementale

Troubles des conduites

Éléments de compréhension du vol

- Il est classique de dire qu'on ne peut parler de vol chez l'enfant en dessous de 6-7 ans parce qu'il n'a pas acquis le sens de la propriété et n'a pas encore intériorisé certains interdits sociaux
- Il ne faut pas dramatiser un vol « banal » (tous les enfants ou presque ont volé l'objet tant convoité) et prédire à l'enfant un avenir de délinquant mais il ne faut pas non plus banaliser un vol

Troubles des conduites

Éléments de compréhension du vol



Troubles des conduites

Éléments de compréhension du vol

- Il faut aider l'enfant à percevoir ce qui est à lui et ce qui est à autrui et que voler une « bricole » c'est déjà voler : il faut aider l'enfant à rendre l'objet ou le payer
- Le vol est rarement isolé et les contextes sont très variés
- Les enfants « abandonniques » souffrent de carences affectives et volent pour combler un vide, un manque d'amour...

Troubles des conduites

Éléments de compréhension du vol

- Il faut aider l'enfant à percevoir ce qui est à lui et ce qui est à autrui et que voler une « bricole » c'est déjà voler : il faut aider l'enfant à rendre l'objet ou le payer
- Le vol est rarement isolé et les contextes sont très variés
- Les enfants « abandonniques » souffrent de carences affectives et volent pour combler un vide, un manque d'amour... Les enfants névrotiques recherchent de façon inconsciente la punition

Troubles des conduites

Éléments de compréhension du vol

- Les enfants peu sûrs d'eux-mêmes tentent de s'affirmer et de lutter contre leur sentiment d'échec par l'entremise du vol
- Les enfants « délinquants » volent, pour certains d'entre-eux, pour faire comme les autres, pour être acceptés dans la bande
- Les futurs psychopathes n'ont aucun sentiment de culpabilité

Troubles des conduites

Analyse clinique de la fugue

- Les fugues sont peu fréquentes avant 12 ans et se rencontrent plus souvent chez l'adolescent : l'enfant quitte son lieu d'habitation pour déambuler pendant quelques heures ou quelques jours sans rentrer chez lui
- Il fugue parce qu'il n'a pas envie de rentrer chez lui ou qu'il a peur d'avouer une bêtise, une punition scolaire, parce qu'il fuit un milieu violent, parce qu'il est désespéré et qu'il pense (à tort ou à raison) qu'il n'a plus sa place en famille, parce qu'il veut punir ses parents (« ils verront bien »), ceci pour les plus grands

Troubles des conduites

Analyse clinique de la fugue

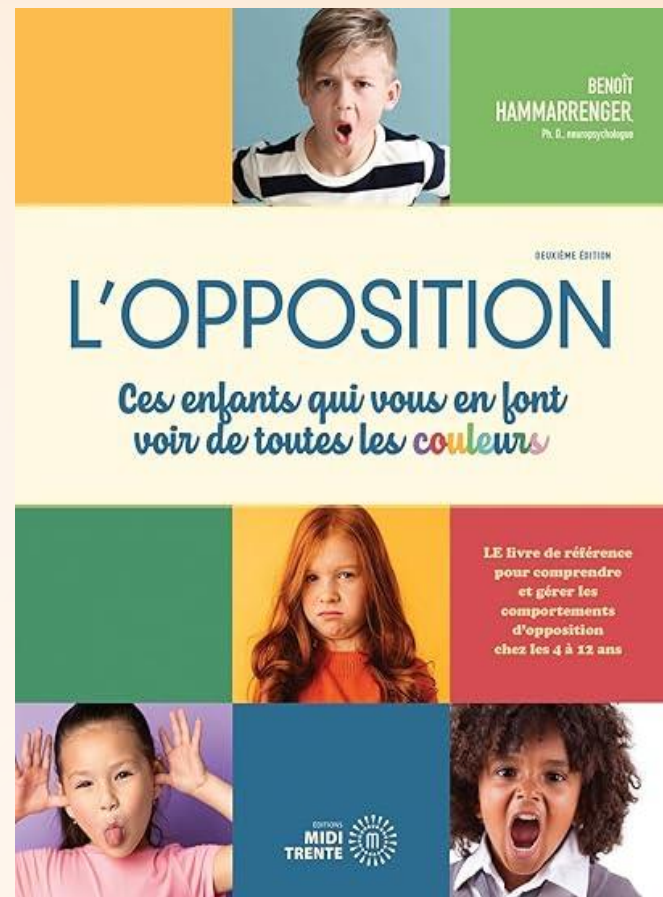
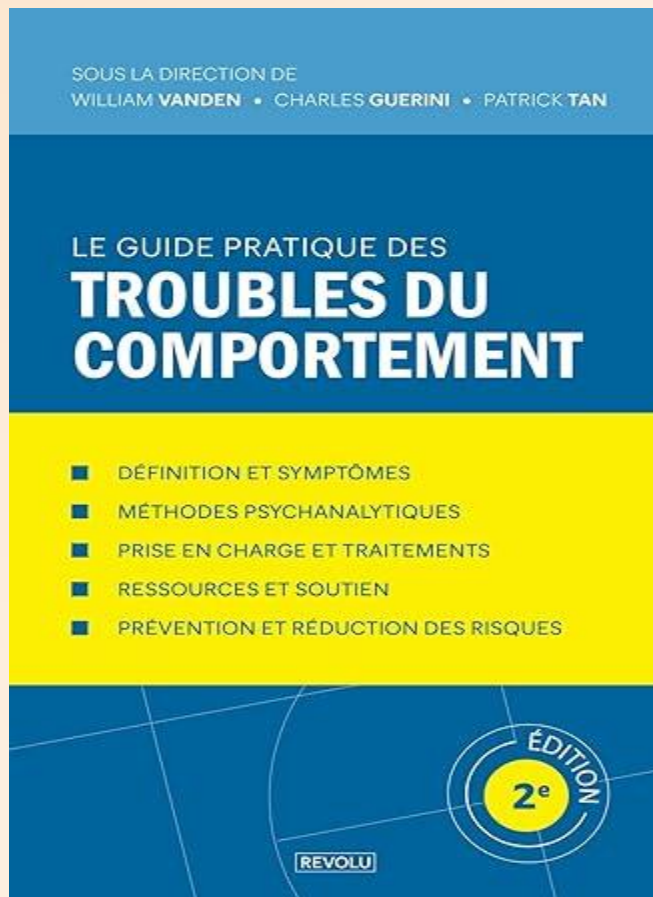
- Les enfants les plus jeunes n'ont pas la capacité de se mettre à la place d'autrui et n'imaginent pas l'angoisse qu'ils peuvent créer
- Certains s'ennuient, ils partent à l'aventure comme dans les récits qu'ils ont lus, ou vus à la télévision ou bien rêvés

Troubles des conduites

Analyse clinique de la fugue

- Il n'y a pas de profil psychopathologique de l'enfant fugueur, par contre on retrouve la fréquence des ruptures familiales, des carences, des placements (sans tenir compte de l'avis de l'enfant), des déménagements...
- Les fugues dans un contexte psychopathique se rencontrent chez l'adolescent

Eléments de littérature



Troubles des conduites

Analyse clinique de la fugue

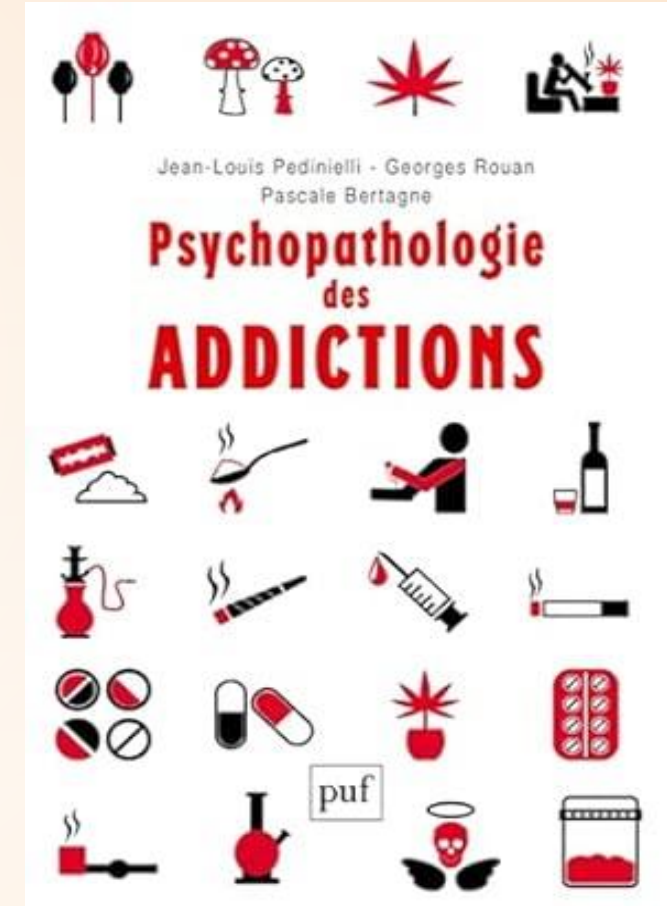
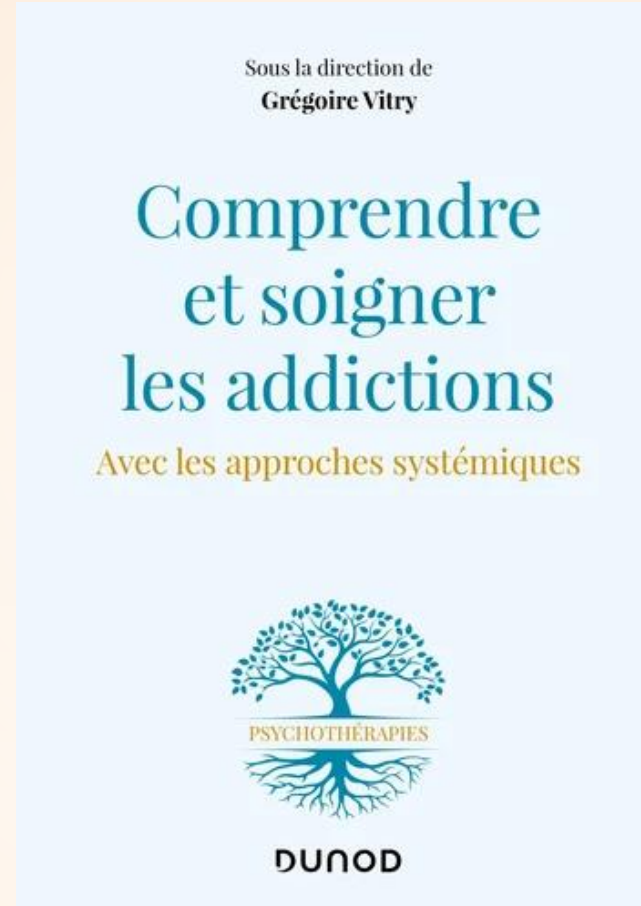
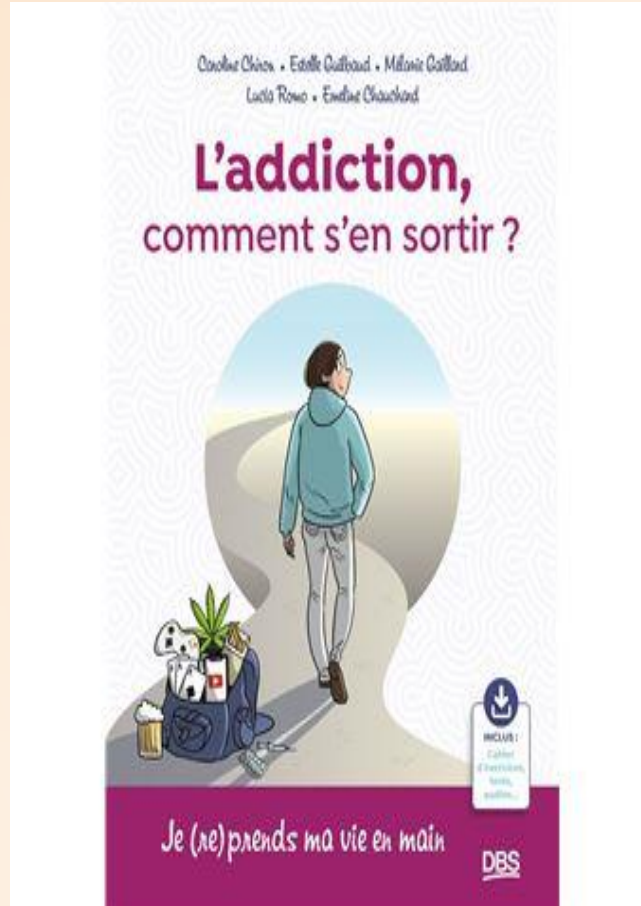
- Les fugues scolaires sont plus fréquentes chez les plus jeunes : l'enfant en échec scolaire déambule au lieu de se rendre à l'école, mais rentre chez lui à l'heure
- L'enfant peut être pris de panique face à l'école, la fugue soulage son angoisse, ce comportement peut inaugurer une phobie scolaire

Troubles des conduites

Analyse clinique des addictions

- Les enquêtes épidémiologiques indiquent que les enfants de 9-10 ans et les préadolescents de 12-14 ans (plus souvent des garçons) sont de plus en plus concernés par la consommation de certaines drogues, ou de certains produits (solvants, colle), par la consommation de tabac ou d'alcool

Eléments de littérature



Troubles des conduites

Analyse clinique des addictions

- Le contexte psychofamilial est perturbé avec une mère seule, un père alcoolique, des conflits intrafamiliaux, un divorce, etc.
- D'autres troubles de l'adaptation sociale ou familiale s'associent à ce comportement témoignant de troubles dépressifs ou abandonniques : ils nécessitent des mesures d'assistance à l'enfance en danger

Troubles des conduites

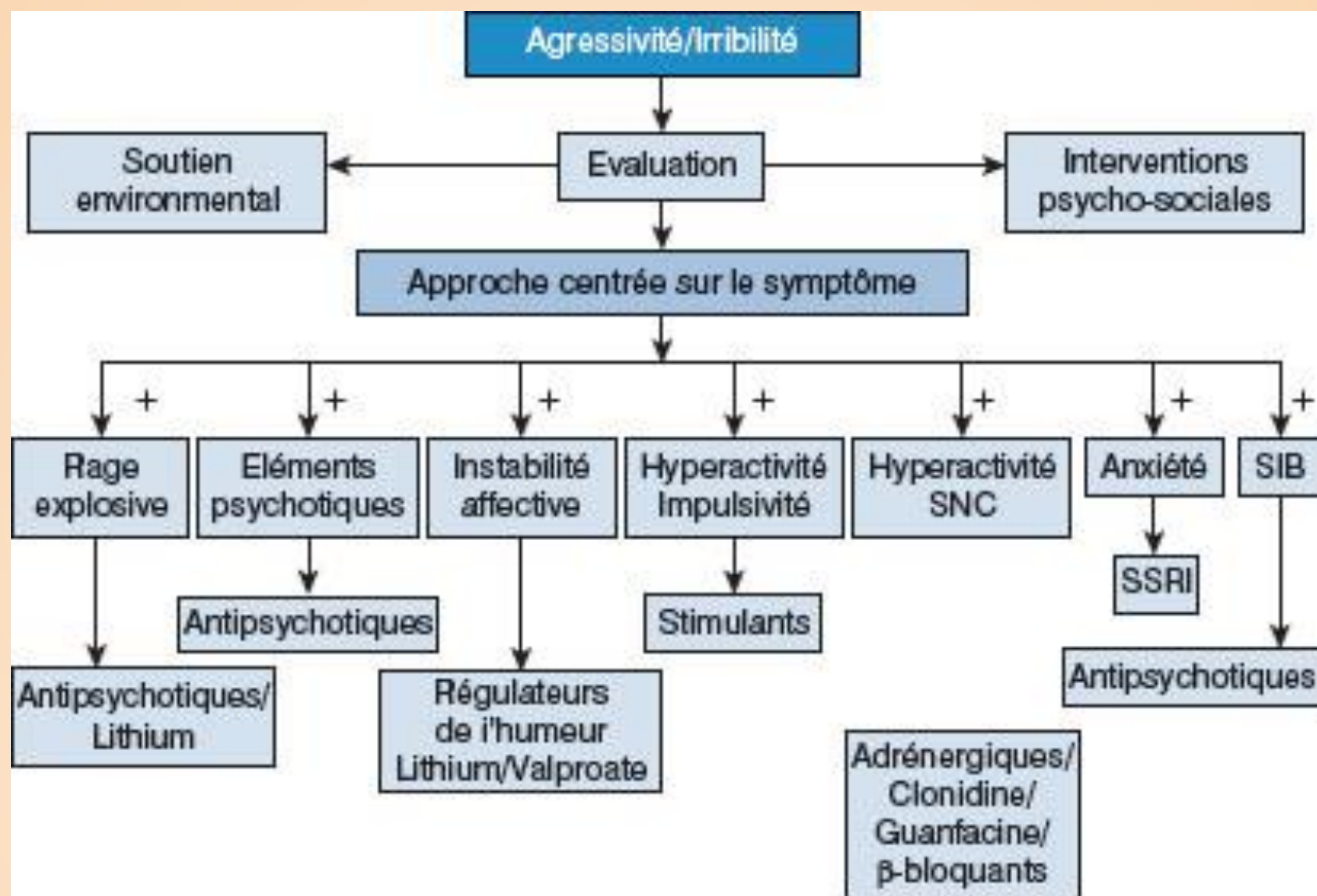
Expressivité de l'agressivité

- L'agressivité est une réalité indiscutable de l'enfance mais il faut souligner l'influence du milieu (violence télévisée ou filmée, etc.)
- La répétition de spectacles de violence risque de « banaliser » la violence et de faire qu'on s'y habitue (la violence est alors plutôt glorifiée qu'elle ne perd son pouvoir de fascination)

Troubles des conduites

Expressivité de l'agressivité

- Les expressions pathologiques de l'agressivité, elles le sont par leur intensité, leur forme, leur répétition, la personnalité sous-jacente
- Les colères violentes, bris d'objets, agression des personnes de la part d'enfants qui réagissent ainsi à la moindre frustration, et ne tolèrent aucun retard à leur satisfaction (tyran familial et autorité parentale bafouée)



Troubles des conduites

Expressivité de l'agressivité

- Les fantasmes agressifs, très crus, très destructeurs, trop envahissants pour être exprimés par le jeu, sont rencontrés chez certains enfants psychotiques et/ou dysharmoniques
- Les symptômes (dépression, troubles psychosomatiques, etc.)

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- Le comportement de l'adulte face à l'agressivité de l'enfant ne peut être stéréotypé, il dépend de l'âge et de la pathologie de l'enfant, des circonstances, du caractère aigu ou durable des comportements agressifs de l'enfant, de l'évaluation du danger (pour l'enfant et pour les autres) et de la personnalité de chacun

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- Absence de solution miracle et d'une manière générale, les réactions anxieuses, interdictrices, agressives ou sadiques peuvent fixer ou accentuer le symptôme
- Il faut éviter l'escalade dans la violence, l'agression, la stigmatisation qui risque d'enfermer l'enfant dans la répétition, les humiliations et vexations

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

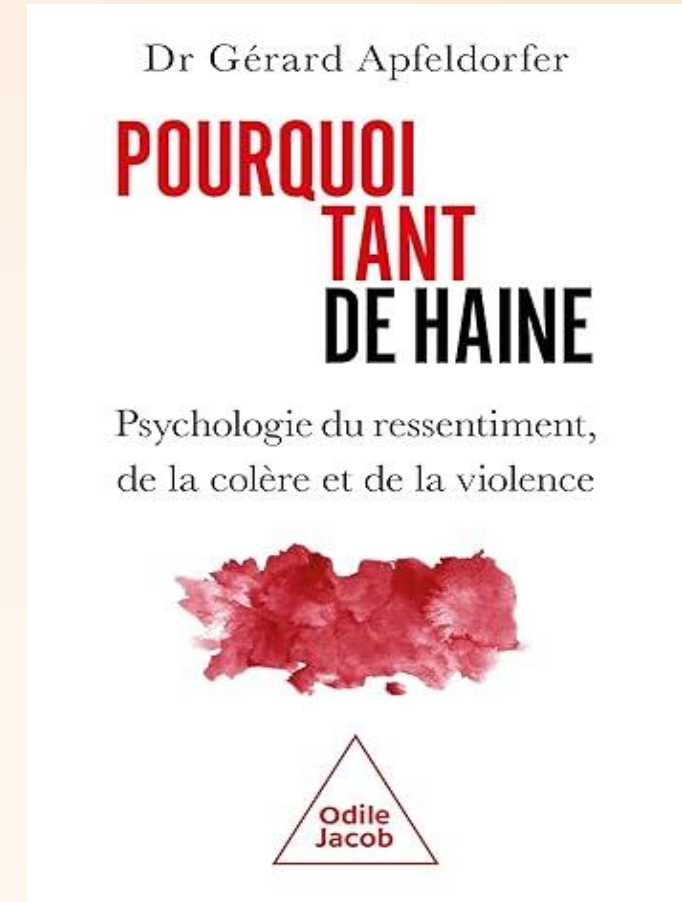
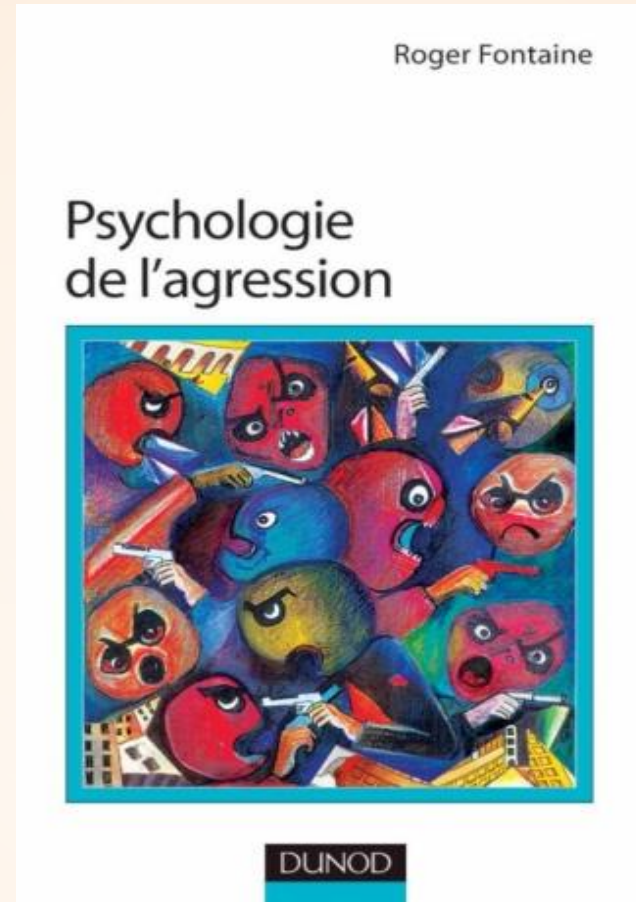
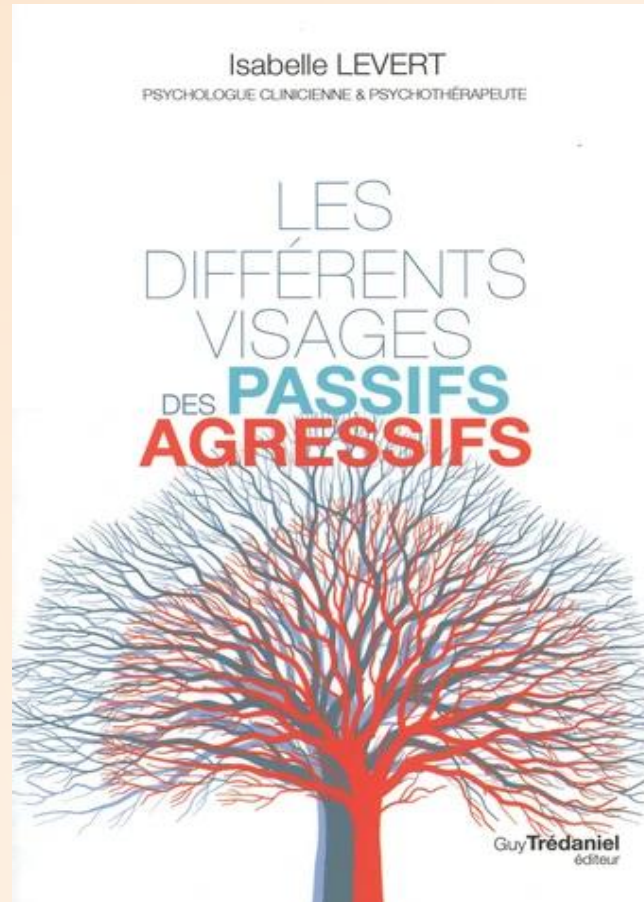
- **Comportement à favoriser** : l'élaboration mentale doit permettre à la famille et aux soignants de mettre en place une action cohérente qui s'exercera non seulement sur l'auteur de l'agression mais sur les éléments qui ont pu la favoriser
- **Savoir attendre le moment favorable**, ne pas trop hâter les choses, en particulier avec le petit enfant (ex. pour le mettre au pot)

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- **Etablir un cadre contenant**, sécurisant et chaleureux, dans lequel les limites, les droits et devoirs de chacun sont établis, sans répéter sans cesse la même chose parce que cela finit par ne plus être entendu
- **Laisser à l'enfant un espace personnel** (rôle néfaste d'une trop grande proximité ou promiscuité)

Eléments de littérature



Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- Favoriser la dérivation et la sublimation de l'agressivité et rechercher des médiations : activités sportives, compétitives, récréatives, supports à la relation, jeux, fêtes, théâtre, etc.
- Savoir écarter le « public », s'isoler avec l'enfant, voire l'isoler momentanément
- Pouvoir contenir physiquement l'enfant, par exemple en se mettant derrière lui, en l'entourant avec les bras et en ôtant les objets pouvant devenir dangereux

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- **Méthodes « spécialisées »** : psychothérapie individuelle, familiale ; thérapies cognitives et comportementales ; techniques à visée cathartique (psychodrame) ; chimiothérapie
- **Savoir sanctionner** : la sanction doit être entendue dans le sens d'une punition maturante infligée dans un contexte précis, pour un événement précis et doit se situer dans l'histoire d'une relation de qualité (sanctionner n'est pas humilier, mais fixer une limite dans un cadre affectif contenant)

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- L'aspect éducatif ne peut être totalement exclu de l'abord thérapeutique : peut-on éduquer sans sanctionner ? ne pas sanctionner n'est-ce pas considérer l'enfant comme irresponsable, trop fou ou trop déficient pour intégrer les lois de la société ? l'enfant a besoin de limites, il doit le respect aux autres !
- Eduquer c'est frustrer mais cette frustration doit être dosée, adaptée à l'âge, aux tendances de l'enfant (turbulent, rebelle, etc.), sa personnalité (pathologie)

Conduites agressives

Réponses possibles de l'adulte

- Il n'est pas toujours facile d'éviter la carotte et le bâton mais cela doit être fait avec amour et discernement
- Ceci exclut : les punitions érigées en système, inutiles ou néfastes (supprimer à l'enfant la seule activité où il réussit et blesser son narcissisme défaillant), les punitions humiliantes infligeant une blessure grave au narcissisme de l'enfant et lui manquant de respect (déculotter un enfant devant tout le monde), les punitions sadiques s'apparentant aux sévices psychologiques

Troubles des conduites

Expressivité de l'auto-agressivité

- L'autoagressivité est le retournement contre soi de l'agressivité initialement dirigée vers l'extérieur, le sujet semble tirer plaisir de la souffrance qu'il s'inflige
- Le masochisme apparaît à travers certains comportements où l'enfant se met en danger (conduites à risques), en échec, comme s'il recherchait la punition qui le soulagerait de la culpabilité liée à ses sentiments hostiles et agressifs

Troubles des conduites

Expressivité de l'auto-agressivité

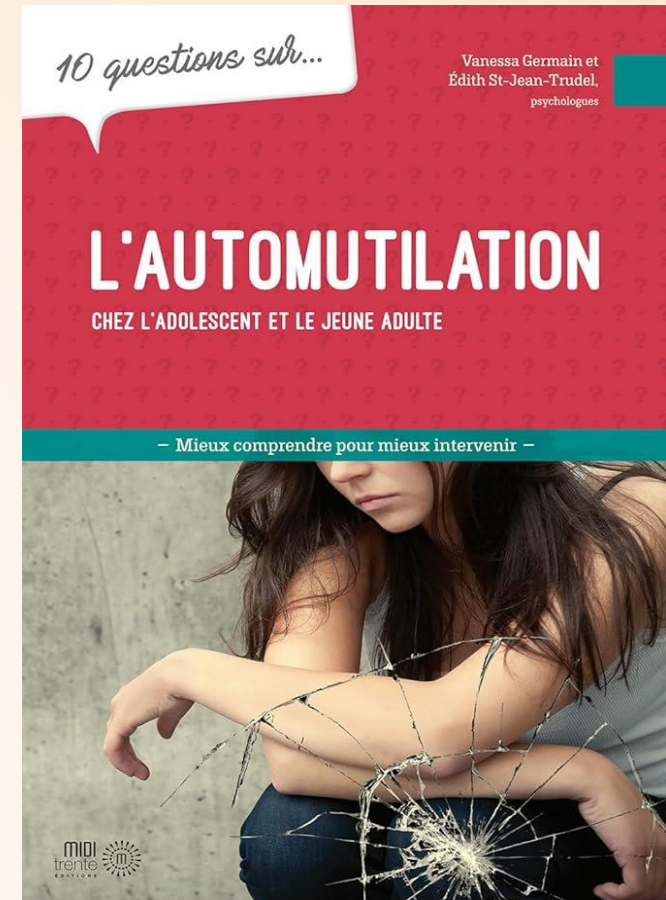
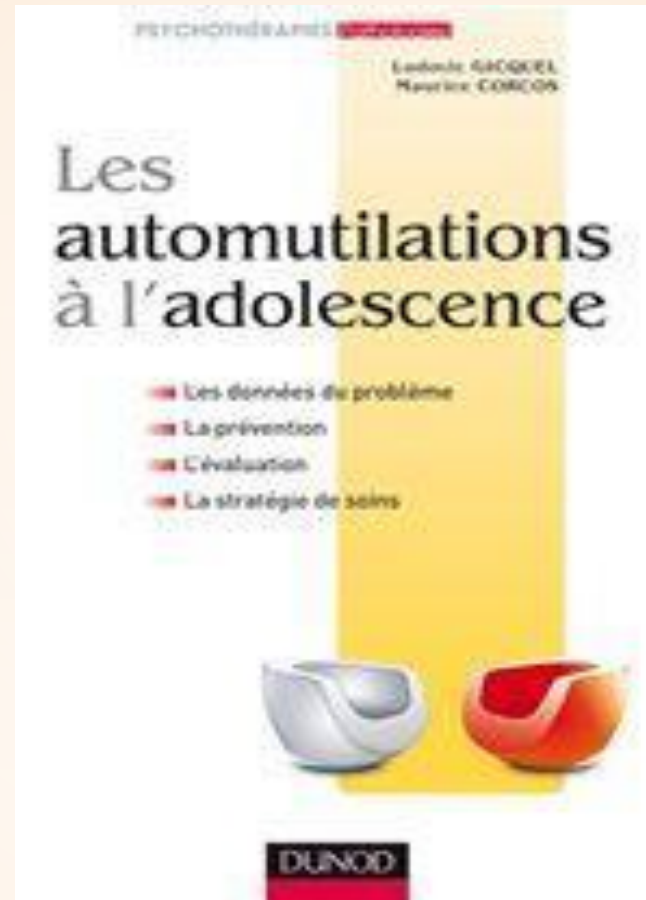
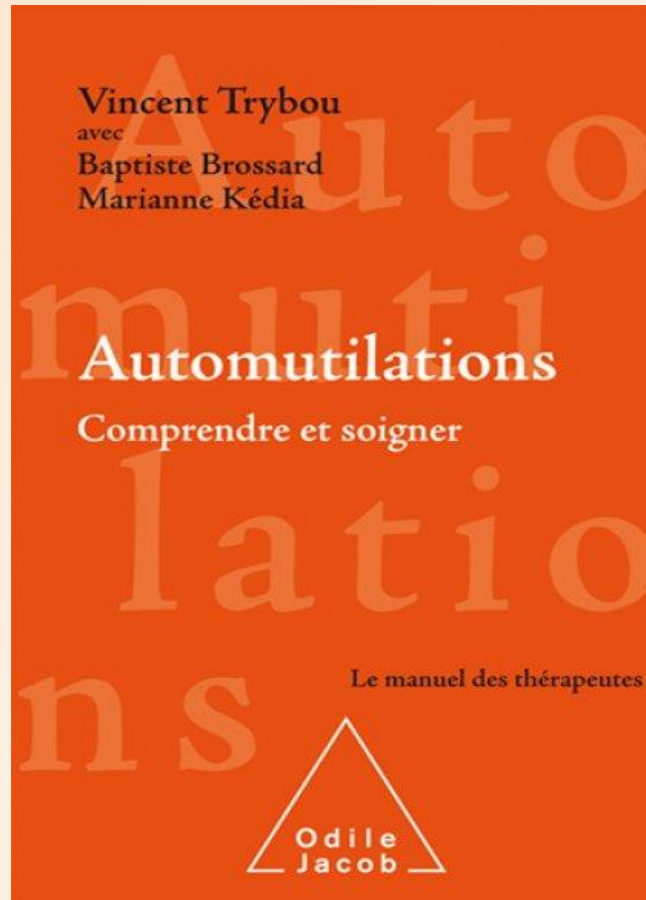
- Les conduites automutilatrices au sens large s'inscrivent dans le développement normal de l'enfant jusqu'à vers l'âge de 2 ans
- Le bébé qui ne connaît pas encore les limites entre son corps et l'extérieur, se griffe le visage, se mord les doigts, se heurte la tête contre les parois de son lit ; il prendra progressivement conscience de ses limites et de ses capacités motrices

Troubles des conduites

Expressivité de l'auto-agressivité

- Les conduites automutilatrices du premier âge ne sont pas, en elles-mêmes, pathologiques, mais elles inquiètent la maman qui a besoin d'être rassurée
- Leur persistance et leur intensité sont pathologiques
- Onychophagie, le fait de se ronger les ongles est un comportement fréquent de certains enfants (30%) plutôt anxieux, autoritaires, instables...

Eléments de littérature



Troubles des conduites

Expressivité de l'auto-agressivité

- La trichotillomanie est le besoin irrésistible de manipuler ses cheveux voire de les arracher, parfois de les manger (trichophagie qui provoque un trichobézoard) a de multiples significations : valeur autoagressive, autoérotique, régressive chez des enfants dépressifs, névrotiques, abandonniques, psychotiques...

Troubles des conduites

Automutilations impulsives

- Automutilations impulsives lors de colères violentes chez des enfants intolérants à la moindre frustration, l'agitation peut s'accompagner de gestes autoagressifs : se laisser tomber sur le sol, se frapper la tête par terre, etc.
- Automutilation des enfants encéphalopathes et/ou psychotiques, chaque enfant reste « attaché » à une même conduite : se heurter la tête contre les radiateurs, se mordre les lèvres, les joues, les doigts, se frapper avec les points

Troubles des conduites

Automutilations impulsives

- **Origines et significations multiples**, « réflexe » automatique, stéréotypé, inintelligible, « métabolique », autodévoration des doigts (syndrome de Lesch-Nyhan), « faim de stimuli », autostimulation chez des enfants qui ont besoin d'entretenir des sensations, même au prix de la douleur comme pour se sentir exister
- **Fonction de sollicitation** de l'entourage, besoin de vérifier sans cesse les limites de son propre corps (maîtrise de l'activité)

Troubles des conduites

Automutilations impulsives

- **Fonction structurante** si comportement pas trop violent
- **Conduite défensive** face à une tentative de prise de contact de l'adulte avec l'enfant génératrice d'angoisse
- **Ces enfants aux pathologies lourdes** sont gravement démunis, sans autonomie, sans langage, et ont besoins d'être protégés

Troubles des conduites

Comportements suicidaires

- Un enfant peut se donner volontairement la mort, cet acte en lui-même paraît impensable et certains auteurs estiment qu'il s'agit davantage de l'inconscience du danger et non une volonté de mourir, d'autant que pour se donner la mort, il faut avoir l'idée de ce que représente la mort

Troubles des conduites

Comportements suicidaires

- Le concept de la mort définitive, irréversible, universelle n'apparaît à l'esprit d'un enfant que vers l'âge de 8-10 ans
- Cette prise de conscience peut s'accompagner de préoccupations et d'angoisses concernant la maladie et la mort, plus rarement d'idées suicidaires
- Pour se rassurer, l'enfant plaisante, imagine toutes sortes d'histoires de fantôme et de squelette

Troubles des conduites

Comportements suicidaires

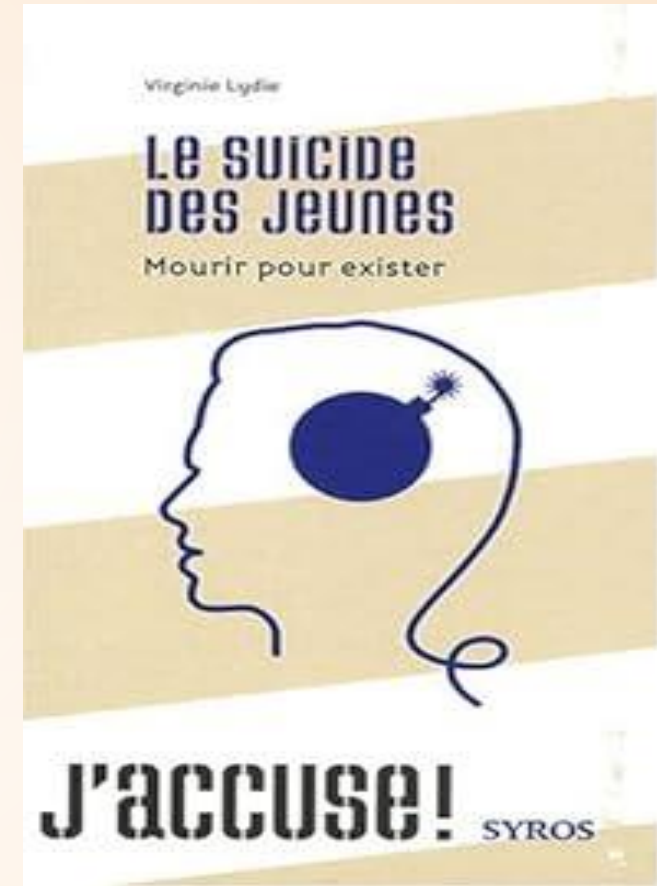
- L'enfant ne croît plus en la toute-puissance magique de la pensée, c'est-à-dire au pouvoir de tuer en le souhaitant
- Confronté à la mort dans la réalité, il peut ressentir une certaine culpabilité du fait de l'ambivalence des sentiments et a besoin d'être rassuré quant à sa non-responsabilité
- En fait, il semble qu'une certaine idée intuitive de la mort apparaisse bien plus tôt chez l'enfant

Troubles des conduites

Epidémiologie des comportements suicidaires

- L'INSERM évalue à 40 000 les tentatives de suicide chaque année et à peu près à 1 000 les suicides ayant abouti à la mort chez les jeunes de moins de 24 ans
- 10% des tentatives de suicide concernent des enfants de moins de 12 ans, le *sex-ratio* est de 3 garçons pour 1 fille

Eléments de littérature



Troubles des conduites

Epidémiologie des comportements suicidaires

- Il est vraisemblable que certaines tentatives de suicide sont masquées consciemment ou interprétées en toute bonne foi comme des « accidents »
- Des enfants développent des conduites à risque, véritables équivalents suicidaires toujours à la recherche de l'exploit, leurs comportements sont dangereux

Actes suicidaires

Moyens & circonstances

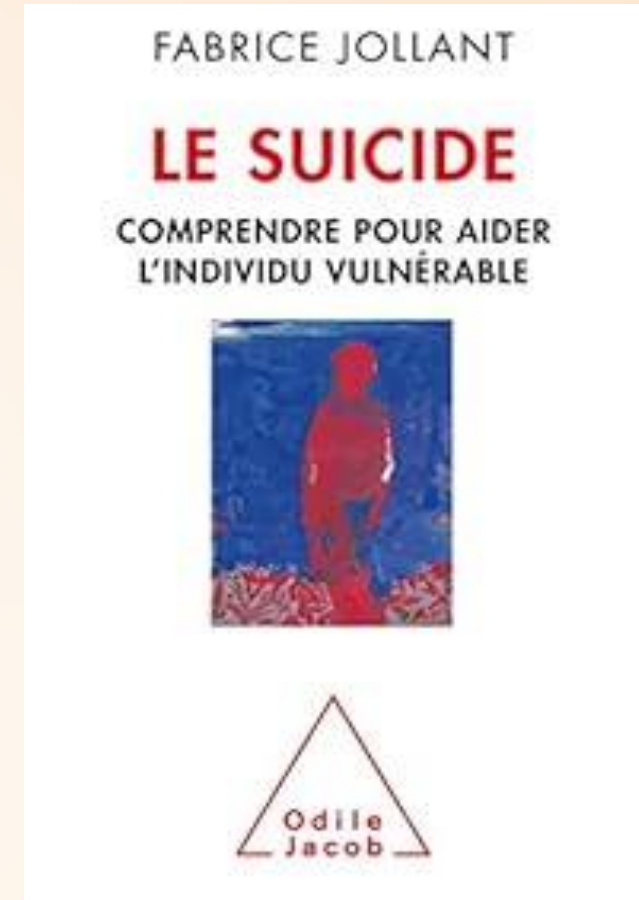
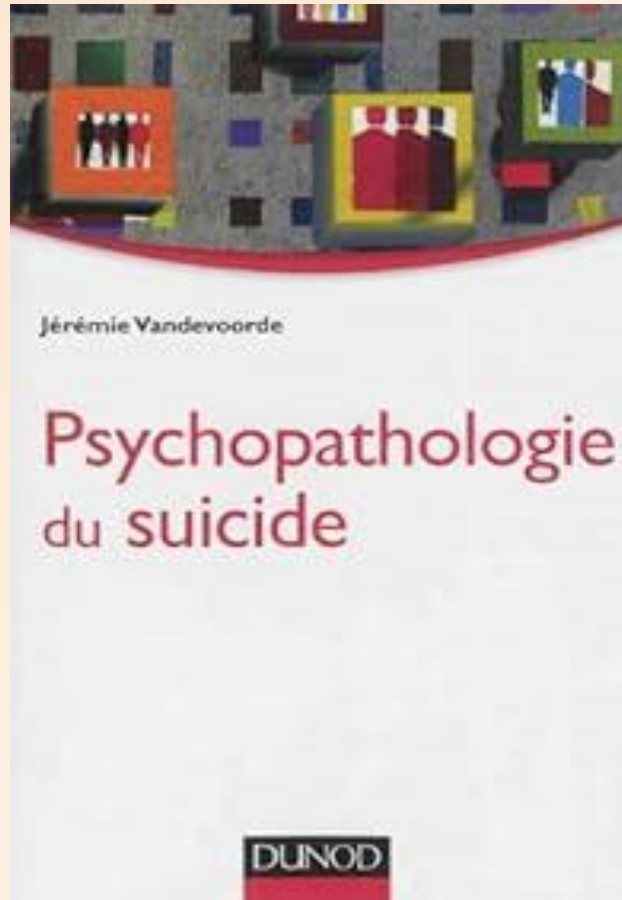
- Les moyens utilisés sont généralement violents : défenestration, pendaison, précipitation, noyades, armes à feu et intoxication médicamenteuse à partir de l'âge de 10 ans chez les filles
- Le geste suicidaire est généralement impulsif et la notion qu'il puisse être suivi de mort n'est pas forcément présente dans l'esprit de l'enfant

Actes suicidaires

Moyens & circonstances

- Il est très difficile de mesurer le degré de détermination de l'enfant
- Les circonstances déclenchantes paraissent anodines comparées à la gravité du geste (ennuis avec les camarades, les professeurs, les parents, dispute, refus de la part d'un parent, peur d'être puni, etc.)

Eléments de littérature



Conduites suicidaires

Contexte familial & psychologique

- Ces enfants ont rarement des troubles mentaux caractérisés mais ils ont des difficultés psychologiques et affectives avec mauvaise image de soi, sentiment de non-valeur, tristesse, sensibilité à fleur de peau, quête affective, angoisse
- Le rapport à la dépression n'est pas toujours facile à établir, on retrouve souvent une problématique de perte dans la réalité (mort d'un proche, mort d'un animal domestique, déménagement, etc.) ou dans le fantasme (perte d'amour)

Conduites suicidaires

Contexte familial & psychologique

- Des facteurs de risque sont retrouvés avec une grande fréquence : dissociations familiales, divorces, ruptures des liens, abandons, alcoolisme parental, violence...
- Le passage à l'acte explique, en partie, les difficultés des enfants à verbaliser leur vie affective et imaginaire et la pauvreté de l'élaboration mentale

Conduites suicidaires

Multiples significations

- Fuite et évitement face à une situation ressentie comme menaçante (peur d'être puni d'une mauvaise note à l'école)
- Demande d'amour, d'attention, d'affection, que l'enfant craint d'avoir perdus en réalité (enfants abandonnés, rejetés, placés, battus...), une recherche de punition

Conduites suicidaires

Multiples significations

- **L'apparente futilité des motifs** à l'origine immédiate du geste suicidaire traduit la précarité des liens établis avec ses parents et la fragilité narcissique de l'enfant, le moindre événement remet en question la solidité de ces liens, le sentiment de confiance en soi et l'amour de soi
- **L'enfant abandonné** se croit souvent mauvais, méchant (ce qui expliquerait selon lui qu'on l'ait abandonné), et estime mériter la mort

Conduites suicidaires

Multiples significations

- On retrouve souvent dans l'entourage une personne décédée, malade, l'enfant peut se sentir responsable surtout quand il exprimait plus ou moins consciemment de l'agressivité envers cette personne
- L'enfant exprime souvent l'idée de vouloir retrouver l'être disparu

Conduites suicidaires

Multiples significations

■ Les enfants malmenés par la vie ont le désir d'agresser l'autre à travers soi, ils en « veulent à la terre entière » surtout à leurs parents et retournent l'agressivité contre eux-mêmes, « personne ne se tue qui n'ait jamais voulu tuer un autre ou au moins souhaiter la mort de l'autre »

Conduites suicidaires

Stratégie thérapeutique

- La nécessité d'une hospitalisation de quelques jours en pédiatrie avec un travail en psychiatrie de liaison permet une séparation, qui facilite la reprise du dialogue et la prise de conscience des difficultés de l'enfant par les parents
- La nécessité d'une hospitalisation permet la prise de conscience des difficultés de l'enfant par les parents

Conduites suicidaires

Stratégie thérapeutique

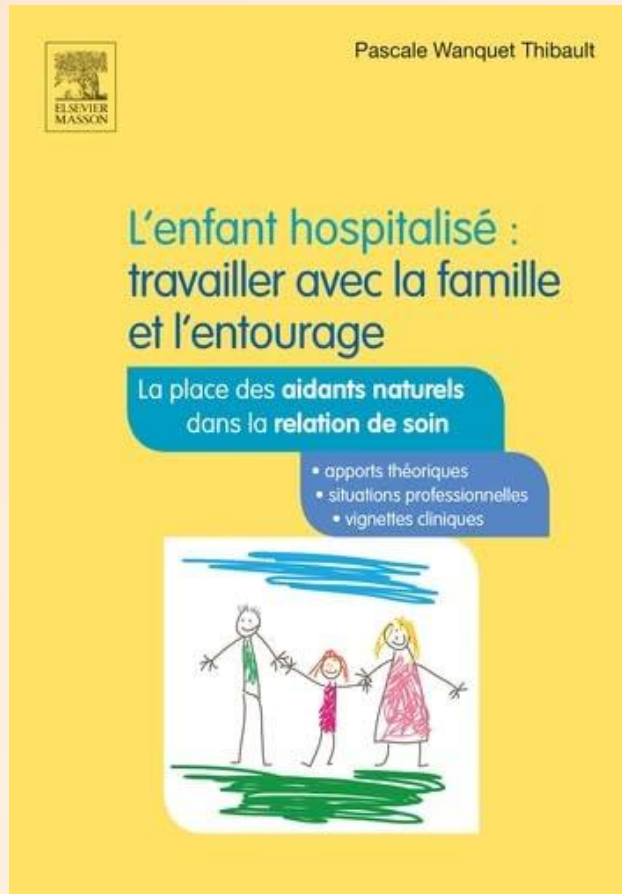
- La nécessité d'une hospitalisation permet l'évaluation médico-psychologique de l'enfant, la prise en compte de la dynamique familiale
- L'installation d'un soutien psychologique pour l'enfant et sa famille : prévention secondaire en raison du risque de récurrence ou de voir se développer plus tard des troubles psychologiques, psychosomatiques, d'adaptation socio-familiale, etc.

Conduites suicidaires

Enfant admis à l'hôpital

- **Accueillir un enfant** ayant fait une tentative de suicide, il faut bien comprendre l'ensemble des réactions que cela suscite en chacun d'entre nous (désarroi, compassion, angoisse, agressivité envers l'enfant et/ou ses parents, déni, etc.)
- **Chacun va élaborer des systèmes de défense**, il est important d'en prendre conscience et de pouvoir en parler pour ne pas s'identifier soit à l'enfant (parents vite jugés comme mauvais, indifférents, incompetents), soit aux parents (enfant jugé comme « méchant » ou à la recherche de bénéfices secondaires et on parle très vite de chantage)

Eléments de littérature



Conduites suicidaires

Enfant admis à l'hôpital

- Il faut savoir que très vite – enfant, parents et soignants – préfèrent oublier ce geste et faire comme si tout cela n'était pas grave
- Tout le monde désirent tourner cette page d'où le déni de la part de l'enfant « je voulais dormir », le déni de la part des parents « c'est un jeu qui a mal tourné », le déni de la part des soignants « il est trop jeune pour vouloir mourir, il ne savait pas ce qu'il faisait ! »

Savoir faire infirmier



Psychiatrie Pédopsychiatrie

Cours en ligne

Pratiques de soins

Savoir • Comprendre • Agir



Conduites suicidaires

Attitudes infirmières à éviter

■ Les attitudes et propos banalisants, culpabilisants, punitifs, accusateurs, ou de dérision voire d'annulation : la prochaine fois... et suit une lourde menace ; tu voulais mourir ? eh bien, c'est raté ! décidément tu rates tout ! tu as voulu faire ça pour embêter tes parents ! la prochaine fois, je te conseille le pistolet c'est plus sûr ! tout ça, c'est un enfantillage, tu sais pas ce que tu fais...

Conduites suicidaires

Attitudes infirmières à éviter

- Les attitudes et propos culpabilisants, accusateurs : c'est de votre faute avec vos histoires de divorce...
- Tous ces propos traduisent notre malaise, notre agressivité, nos systèmes de défense et le sadisme plus ou moins important que ce geste réveille en nous

Conduites suicidaires

Attitudes infirmières à favoriser

- **Présence auprès des parents** en les aidant à exprimer tout ce qu'ils ressentent (culpabilité, blessure narcissique, angoisse, détresse psychique, colère, etc.)
- **Présence auprès de l'enfant** avec le contact physique, lui expliquer ce qu'on va lui faire et pourquoi, la surveillance somatique, la nécessité de l'hospitalisation et lui annoncer l'entretien psychiatrique qui suivra, la confidentialité

Conduites suicidaires

Attitudes infirmières à favoriser

- Dire à l'enfant que l'on peut parler avec lui de son geste (éviter d'en parler, contribue à le laisser avec sa souffrance, sa culpabilité, son agressivité) mais aussi respecter ses réticences et ses difficultés à verbaliser
- Exprimer à l'enfant ce que l'on peut comprendre de sa souffrance sans parler à sa place, mais il est nécessaire néanmoins de mettre des mots sur cet acte

Conduites suicidaires

Attitudes infirmières à favoriser

- **Dire à l'enfant** l'immense angoisse et la peine de ses parents, l'immense pouvoir que son geste lui confère sur eux, reconnaissant que ce pouvoir est sûrement à la mesure des grandes difficultés qu'il ressent mais auxquelles il doit surement exister d'autres solutions
- **Verbaliser les risques de mort** et la dangerosité des médicaments, tout n'a pas à être dit ou dit tout de suite, chaque cas est particulier, l'expérience, la sensibilité et la personnalité de chacun interviennent dans la qualité de la prise en charge

Merci de votre attention

