HAL
open science

La dyschésie psychologique de l'enfant : anxiété, éducation comportementale et TCC

A.H. Boudoukha

▶ **To cite this version:**

A.H. Boudoukha. La dyschésie psychologique de l'enfant : anxiété, éducation comportementale et TCC. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2013, 23 (3), pp.124-131. 10.1016/j.jtcc.2013.06.004 . hal-03355581

HAL Id: hal-03355581

https://univ-angers.hal.science/hal-03355581

Submitted on 24 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre : La dyschésie psychologique de l'enfant : Anxiété, éducation comportementale et TCC

Title: Dyschezia among children: Anxiety, Behavioral education and CBT

Abdel Halim Boudoukha

Maitre de Conférences en Psychologie Clinique et Pathologique - Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire – UPRES EA 4638 – Chemin de la Censive du Tertre BP 811227 Nantes Cedex 3.

Auteur correspondant – Abdel Halim BOUDOUKHA –abdel-halim.boudoukha@univ-nantes.fr – faculté de Psychologie -Chemin de la Censive-du-Tertre BP 81227 Nantes Cedex 3 - Tel : 02 40 14 10 76

Résumé

L'acquisition de la propreté chez l'enfant est très importante dans notre société, car elle conditionne l'entrée en maternelle. Les troubles du contrôle sphinctérien (encoprésie et énurésie) sont les phénomènes qui entravent cette entrée scolaire. Parmi ces troubles, les cliniciens reçoivent en consultation de jeunes enfants en raison de leur incapacité ou difficulté d'exonération des selles, c'est-à-dire à émettre naturellement des selles. Ce trouble que l'on nomme la dyschésie semble être un phénomène nouveau. Il amène les parents en consultation, souvent après la rencontre d'un médecin généraliste et des examens médicaux dénotant l'absence de problèmes organiques. Nous nommons cette dyschésie qui a alors une étiologie psychique : Dyschésie psychologique. L'objectif de cet article, après avoir dressé un état des lieux de la dyschésie, consiste (a) spécifier la symptomatologie de la dyschésie psychologique et (b) sur la base d'une étude de cas d'un enfant reçu en consultations, à proposer une prise en charge d'inspiration cognitivo-comportementale. Si sur le plan psychothérapique nous observons les bénéfices de cette prise en charge de la dyschésie (nous avons suivi plusieurs enfants pour ce problème), des recherches épidémiologiques et étiopathogéniques nous semblent nécessaires, pour confirmer ou infirmer les mécanismes qui nous semblent sous-tendre ce problème, et ainsi, améliorer la prise en charge.

Dyschésie, enfant, TCC, étude de cas

Abstract

The toilet training is an important step of the corporal and social development of the young child. It is particularly important in France because it conditions the entrance to the kindergarten which is cost-free. Indeed, the children who have not developed a sphincter control see their schooling in nursery school differed or cancelled. The most frequent disorders of the sphincter control are the encopresis and the enuresis, for which Cognitive and Behavioral Therapy CBT showed its efficiency.

Nevertheless, the clinicians receive young children for psychological counseling for a different kind of sphincter control disorders. This is their incapacity or their difficulty to evacuate stools, i.e. to emit naturally stools. This disorder which belongs to dyschezia specter seems to be a new phenomenon. It brings the parents and their child in counselling, often after the meeting of a general practitioner and medical examinations denoting the absence of organic problems. We name this particular form of dyschezia which has a psychological etiology: psychological dyschezia.

This article focus on dyschezia. At first, we draw up a current inventory of the dyschezia of a general point of view. We indicate the mechanisms of stools evacuation on its normal and

pathological aspects. We present then the epidemiological studies which center more generally on the constipation. Finally, we detail the organic, functional and psychological causes involved in the dyschezia. Secondly, we focus on the psychological dyschezia. We define it as the incapacity or the difficulty evacuating stools (difficult or slow evacuation requiring prolonged efforts) or still the retention of the stools, in the absence of a current organic or functional alteration. Besides, we present the symptomatology in terms of the criteria allowing proceeding to the diagnosis.

In the third time, we illustrate this phenomenon of psychological dyschezia with a case study. It is about a child, Maël who is 4 years old ½. He is received in counseling because since his entrance to nursery school, he does not succeed in going to stool (in toilet or potty) and can only reach the evacuation in his layer. Prior to kindergarten entrance, he had no particular problems and was able to go to stool normally. We present the functional analysis of the behavior problem and the etiopathogenic hypotheses (stress bound to the context change home-nursery school and fear of having pain during the push) and psychotherapeutic hypotheses (management of the stress bound to the nursery school, the learning of the push, deconditioning of the fear of having pain during the push). The therapy is then developed around two axes: the psychoeducation and the cognitive and behavioral therapy. The psychoeducation part aims at teaching to the child the normal mechanism of evacuation. It is also a question of understanding if the child perceives the cues indicating the need for evacuation and in this case, how he reacts. The cognitivo-behavioral part leans on media: figurines and miniature house. It focuses on one hand on the learning of the push at the level of the stomach by means of a figurine symbolizing the child. it also investigates the psychological world of the child and the affable to decrease the anxiety felt by toilet and fear of having pain during the push.

On the psychotherapeutic plan we observe the clinical benefits (we followed several children for this problem) as Maël can go to stool normally from now on. It thus seems to us necessary to set up epidemiological and etiopathogenic researches, to confirm or invalidate our hypotheses about mechanisms which seem to us to underlie this problem, and so, to improve the therapy.

Key-words: dyschezia, child, CBT, case studies

Dans notre société, parmi les apprentissages nécessaires au développement de l'autonomie de l'enfant, la propreté occupe une place particulière. Il s’agit d’une acquisition naturelle et sans grandes complications. Cependant, si l’on observe une sous-estimation des troubles de l’apprentissage de la propreté nocturne, notamment énurétiques (1), c’est surtout la propreté diurne qui inquiète les parents. En effet, elle entrave la gestion du quotidien et il s’agit d’un

paramètre important dans l'entrée en maternelle. L'enfant présente alors un trouble du contrôle sphinctérien et son entrée en maternelle peut-être est compromise.

Connus depuis très longtemps, les troubles du contrôle sphinctérien apparaissent durant la petite enfance, ou la deuxième enfance (1). Les plus connus sont l'énurésie et l'encoprésie. Ils se définissent respectivement comme une miction ou une émission fécale involontaire et persistante dans des endroits non appropriés, à un âge auquel l'enfant devrait être continent. Ils durent souvent des années et vont affecter de manière significative le développement social et cognitif de l'enfant ainsi que le fonctionnement de son entourage. Les conséquences psychiques, sociales, économiques, importantes, ont mené au développement d'une pléthore de prises en charge (2–4).

En conséquence, les recherches psychopathologiques et cliniques relatives à ces troubles portent en priorité sur ces deux entités (5). Or, le psychologue et le psychiatre reçoivent également en consultation de jeunes enfants en raison de leur incapacité ou difficulté d'exonération des selles, c'est-à-dire à émettre naturellement des selles. À l'inverse de l'encoprésie, le jeune enfant retient ses selles en l'absence d'un trouble organique. Il présente un trouble que l'on nommera par le terme de dyschésie psychologique. L'objet de cet article consistera à en proposer une définition (clinique de la dyschésie psychologie) et une illustration (prise en charge de la dyschésie psychologique). Nous nous appuierons sur le cas d'un jeune enfant suivi en psychothérapie.

Exonération : du normal au pathologique

Le Mécanisme normal de l'exonération

L'émission fécale, encore appelée exonération fécale est un ensemble de mécanismes clairement défini (6). Il comporte deux fonctions (la digestion et l'exonération) autour de trois étapes. La première étape (i), celle de la digestion qui va conduire la selle jusque dans le côlon sigmoïde, peut-être considérée comme involontaire ou automatique..

La vidange d'un réservoir modulée par les conditions de l'environnement constitue les deux dernières étapes (7). Il s'agit d'un mécanisme plus volontiers contrôlable. Le premier temps de ce mécanisme de « vidange » (ii) fait intervenir une sensation, celle du besoin d'émission. Ce besoin est en partie lié à la pression exercée dans le haut du rectum. Il permet l'ouverture du sphincter interne qui est la troisième étape (iii). Cette ouverture permet le contact de la selle ou des gaz avec la portion supérieure de la muqueuse sensible du canal transmettant des

informations conscientes et précises. Elle est dépendante de l'urgence de l'exonération et des conditions de l'environnement. Elle met en jeu, et c'est un élément important pour le clinicien, une décision plus ou moins consciente d'exonération. C'est dorénavant le sujet qui décide des paramètres de l'exonération (de sa continence) : le lieu et le moment de l'exonération qui ne sont plus involontaires.

Pathologies de l'exonération : constipation et dyschésie

La dyschésie est un mot formé du préfixe grec dys (difficulté) et de chésie du grec kheseio désignant le fait d'avoir la colique. Elle recouvre donc l'ensemble des troubles qui traduisent une difficulté pour aller à la selle, c'est-à-dire une exonération difficile et lente nécessitant des efforts de poussées prolongées ou encore la rétention de la selle par altération des réflexes de l'exonération normale (8). Elle est souvent incluse dans la catégorie plus large des constipations (9–11).

Certains auteurs définissent les symptômes de dyschésie par une sensation de blocage anal pendant une période de temps supérieure à 25% du temps par rapport à une exonération normale, ou par une défécation prolongée de plus de 2 minutes ou enfin par une défécation nécessitant une aide manuelle fréquente (12). À ces symptômes de la dyschésie observés chez l'adulte, nous ajoutons un ensemble de symptômes qui nous semble spécifique du jeune enfant qu'est la nécessité de la présence d'un parent (la mère ou le père) ou d'un objet (la couche) pour permettre la défection. Ils peuvent être considérés comme des objets « contra-phobiques ».

Aspects épidémiologiques

Les études épidémiologiques qui ont été conduites afin de mieux appréhender le phénomène se centrent plus généralement sur la constipation (13–16). Ces études, nord-américaines pour la plupart et souvent auprès de populations adultes montrent qu'entre 13 et 20 % des sujets rapportent les critères d'une évacuation obstructive, quelles qu'en soient les causes. Chez l'enfant, la prévalence durant la première année est évaluée à 2,9 % et augmente au cours de la deuxième année puisqu'elle atteint 10,1 % (17). Les auteurs observent que le diagnostic chez 97 % des enfants est un problème de constipation fonctionnelle. Il affecte autant les garçons que les filles. Cette constipation est reliée à des dysfonctionnements organiques dans 1,6% des cas.

L'étude de Drossman et al. (14) qui distingue la constipation de la dyschésie, montre que le symptôme de constipation fonctionnelle est rapporté dans 3,6 % des cas et la dyschésie dans 13,8 %des cas. Lorsqu'on se focalise sur la dyschésie, on remarque qu'elle touche davantage les femmes (16 à 26 %) que les hommes (11%), notamment en cas d'antécédents d'hystérectomie (13,18). À la différence d'une constipation fonctionnelle, cette prévalence n'est pas sensible à l'âge. Le contexte ou l'environnement dans lequel vit ou a vécu le sujet, étonnamment, semble jouer un rôle dans l'épidémiologie de la dyschésie : elle est plus fréquente chez les sujets actifs à faible revenu en comparaison de leurs homologues avec un revenu plus élevé ; elle est plus importante chez les soldats états-uniens au retour de la guerre du Golf qu'avant leur départ (18).

Enfin, le recours à un avis ou à des soins n'a lieu que dans un peu plus de 22 % des cas lors de constipation fonctionnelle et dans un peu plus de 13 % des cas chez les patients qui se plaignent de dyschésie. Sur ce point, les résultats de l'étude de Siproudhis et al. (19) montrent l'intrication très fréquente de signes de dyschésie et d'incontinence anale surtout passive dans la population générale. Les auteurs concluent que la dyschésie est probablement diagnostiquée chez des patients consultants pour incontinence anale alors qu'ils faisaient face jusque-là à leur dyschésie sans avoir recours à une prise en charge médicale.

Les causes

Les recherches sur l'étiologie de la dyschésie pointent deux ensembles de causes, organique et fonctionnelle (8,12,20,21). Nous en rajoutons une troisième, psychologique, que nous développerons dans une partie consacrée à ce que nous nommons la «dyschésie psychologique ».

Sur le plan organique, Juguet et Sproudhis (1998) distinguent quatre sièges provoquant des symptômes de la dyschésie : les causes anales (par ex. fissure anale ou cancer du canal anal), les causes rectales (par ex. tumeurs rectales, rectite hémorragique), les causes neurologiques et médullaires (par ex. lésions cônales ou scélorose en plaque.), les causes endocriniennes générales (par ex diabète ou myasthénie).

Sur le plan des causes fonctionnelles de la dyschésie, Denis (22), relève le dysfonctionnement des sphincters de l'anus, les troubles de la statique pelvienne postérieure, la présence d'un méga rectum, une hypo-sensibilité rectale ou encore une disparition de l'activité propulsive accompagnant la sensation de besoin. Parmi les dysfonctionnements sphinctériens, la cause la mieux connue est la contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus pendant les efforts de

poussée, encore appelée anisme. Elle est souvent associée à un antécédent d'abus sexuels. Elle est cependant surestimée parmi les causes de dyschésie, car le stress lié à l'examen suffit souvent à la provoquer au cours d'un effort de poussée.

La dyschésie psychologique chez l'enfant

La littérature consacrée à la dyschésie apporte des informations utiles au clinicien, mais ne manque pas de soulever des questions. Plus particulièrement, on déplore l'absence de connaissances dans deux directions : la première est d'ordre développemental et concerne l'enfant. En effet, nos recherches bibliographiques (Psychinfo, Sciencedirect, Medline, Pascal) ne nous permettent pas d'obtenir des informations précises sur le phénomène de dyschésie chez le jeune enfant. Le deuxième manque concerne l'abord psychologique de la dyschésie. Nous déplorons une absence de recherches spécifiques sur les causes psychiques de ce phénomène. Il ne s'agit pas d'opposer causes organiques et psychiques, elles nous semble intriquées, mais bien d'essayer de comprendre comment l'une et l'autre peuvent conduire, individuellement ou conjointement, à la dyschésie.

Définition et tableau clinique

Si le phénomène de dyschésie n'est pas nouveau, la dyschésie psychologique chez l'enfant nous semble particulière et nécessite une définition. Nous proposons de la définir comme l'incapacité ou la difficulté à exonérer ses selles (exonération difficile ou lente nécessitant des efforts prolongés) ou encore la rétention de la selle en l'absence d'une atteinte organique ou fonctionnelle actuelle. Pour reprendre la terminologie du DSM ou de la CIM, nous présentons la symptomatologie dans le tableau 1.

Mettre tableau 1

Illustration clinique

Cas clinique de Maël

Maël, 4 ans ½ vient en consultation accompagné par sa mère. Il est enfant unique d'un jeune couple, dont les deux parents travaillent et ne rapportent pas de difficultés de couple.

Histoire du trouble

Il était propre à l'entrée en petite section de maternelle et ne montrait pas de difficulté particulière. Selon la mère, Maël a acquis la propreté vers 2 ans, sans problème. Il allait à la selle dans un pot. Les difficultés sont apparues lorsque vers 2 ans ½, il est entré à la maternelle dans laquelle les enfants vont dans des toilettes « classiques » adaptées aux enfants (toilettes de petites tailles). Depuis cette entrée en maternelle, elle évoque un « blocage » spécifique à l'exonération : il ressent l'envie d'aller aux toilettes, il n'a pas de problème de miction, mais ne veut plus aller à la selle sur des toilettes. Pour cela, il s'isole et se cache dans un coin pour faire « dans une couche ».

Maël a passé des examens médicaux qui n'ont pas montré de dysfonctionnement organique. Les parents ont longuement attendu avant de consulter un psychologue pensant que le problème allait se régler avec le temps. Depuis deux ans, le problème perdure. Compte tenu des informations recueillies auprès des parents et de Maël, nous diagnostiquons une forme de dyschésie (cf. Tableau 1), pour laquelle nous synthétisons les informations dans l'analyse fonctionnelle (cf. Figure 1).

Mettre Figure 1

Nous posons l'hypothèse étiopathogénique que le changement de lieu d'exonération (passage du pot à la maison, aux toilettes en maternelle) est le facteur déclencheur de la dyschésie. En effet, le fait de pouvoir choisir ni le moment, ni le lieu de l'exonération est un facteur de stress pour Maël. Cette situation provoquerait un phénomène de rétention des selles durant la journée de maternelle. Cette rétention à son tour génèrerait des difficultés à la fois à ressentir correctement les sensations indiquant le besoin d'exonération, mais également des efforts prolongés et des plaintes douloureuses lors de l'exonération. La couche serait alors le moyen et le lieu par lequel Maël parviendrait à une exonération fécale non douloureuse. La couche conditionnerait alors l'exonération.

Prise en charge : psychothérapie d'une dyschésie psychologique

Peu de travaux concernent l'abord psychothérapique de la dyschésie psychologique. Ils s'intéressent plus largement à la constipation (23). La TCC étant reconnue comme une psychothérapie efficace, valide et pertinente dans la prise en charge psychique (24), notre prise en charge adapte donc les principes de la TCC pour l'enfant avec une dyschésie psychologique. Le plan psychothérapique s'organise donc autour de deux axes (1) le

réapprentissage de l'exonération et (2) le déconditionnement de la couche par la diminution de l'anxiété/crainte de ressentir de la douleur lors d'une exonération fécale en dehors de celle-ci.

Alliance thérapeutique et psychoéducation

Les séances de thérapie sont découpées en deux temps : un temps pour l'enfant et un temps pour l'enfant en présence des parents. L'alliance thérapeutique avec les parents de Maël est très rapide, car ils viennent sur les recommandations d'un couple de leurs amis, dont l'enfant a été suivi par le psychothérapeute. Maël est également content de venir voir le « psy ». C'est un enfant enjoué et coopérant, qui n'a pas de difficulté à répondre aux questions.

Durant les séances, la première partie de la prise en charge vise à comprendre comment Maël perçoit les difficultés. Il évoque qu'il « ne sait pas », qu'il essaie de « pousser », mais que rien ne sort. Compte tenu des difficultés des enfants à exprimer sur le plan verbal un ressenti ou des pensées complexes, nous utilisons deux médias : des figurines et une maison. Ils seront le support par lequel nous allons permettre à Maël de comprendre et visualiser le fonctionnement de l'exonération. Ils permettront par ailleurs d'explorer l'univers psychosocial de Maël (parents, amis, représentation de lui-même, etc).

Nous lui demandons de nous expliquer, à l'aide d'une figurine, pourquoi et comment on fait « caca ». Il s'agit dans un premier temps d'évaluer les indices et les sensations qui permettent à Maël de savoir qu'il doit aller à la selle. L'idée est de faire émerger les différents stimuli antérieurs au besoin d'exonération. Il n'y a pas d'éléments antécédents immédiats qui pourraient contribuer au problème (par ex. pièce insuffisamment éclairée dont l'enfant aurait peur, etc.), nous penchons donc comme indiqué dans les hypothèses etiopathogéniques, que le passage aux toilettes de maternelle est un facteur de stress enclenchant par ses conséquences le mécanisme de dyschésie.

Dans un deuxième temps, nous abordons le mécanisme d'exonération. Comme le verbalise Maël, il ressent le besoin, mais indique qu'il « n'arrive pas ». Nous utilisons alors les figurines. Maël doit nous indiquer comment on va à la selle. Il a compris que la figurine devait pousser, nous lui demandons de faire pousser la figurine, puis de nous montrer comment il pousse. Il semble situer la poussée au niveau du visage très fortement. Nous lui demandons si la figurine doit pousser au niveau du ventre. Maël ne sait pas. Nous lui

indiquons donc à l'aide de la figurine, que c'est au niveau du ventre qu'il faut pousser, qu'il faut contracter les muscles. Il nous semble que Maël exerce des poussées en contractant les muscles du visage, poussées qui sont autant d'efforts prolongés qui ne peuvent aboutir à une exonération. Poussées qui sont également ressenties comme douloureuses et stressantes car ne permettant pas de faire parvenir à la selle, c'est pourquoi Maël exprime qu'il a mal. Nous lui expliquons ce mécanisme à l'aide des figurines.

Durant le temps parent/enfant, nous lui expliquons que nous lui donnerons un petit travail à faire à la maison, que nous présentons ci-après.

La Thérapie Comportementale et Cognitive

Ce petit travail à faire à la maison est en fait un programme comportemental pour aller à la selle que nous discutons avec les parents.

Il s'agit dans un premier temps de limiter l'usage des couches qui agissent comme un agent renforçateur positif du problème. Dans un deuxième temps, nous élaborons un programme pour la semaine à l'aide d'un journal des poussées. Pour la première semaine, Maël doit, avant d'avoir la possibilité de mettre une couche, exercer des poussées au niveau du ventre. Nous demandons aux parents de consigner sur une feuille, chaque situation. Pour chacune d'entres-elles, ils doivent dessiner un visage avec Maël (visage vert souriant = très bien, visage orange neutre = peu mieux faire ; visage rouge pas content = ce n'est pas bien). Nous demandons au parent de définir des heures durant lesquelles le programme aura lieu (heure fixe).

Chaque semaine, nous rencontrons Maël et ses parents pour discuter du journal des poussées. Maël est vu individuellement pour travailler sur sa peur d'avoir mal et sur le fonctionnement de l'exonération, toujours à partir des figurines et de la maison miniature. Il parvient au fur et à mesure des séances, à mieux expliquer, contrôler et appréhender l'exonération. Nous travaillons sur ces cognitions et sur le sentiment d'auto-efficacité de Maël en le rendant capable de contrôler les poussées.

Avec les parents, nous mesurons les évolutions chaque semaine. Compte tenu des améliorations (Maël réussit parfois à aller à la selle, sans souffrance), les parents adhèrent scrupuleusement au programme et sont d'accord pour les évolutions (passer de 4 à 5 puis 6 poussées).

Au bout de 10 séances, soit une séance toutes les semaines, les progrès de Maël sont tels qu'il ne présente plus de dyschésie psychologique. Il en mesure d'aller à la selle dans les toilettes, tant familiales, qu'à la maternelle. Il ne présente pas d'autres symptômes, nous mettons donc fin à la prise en charge, en accord avec Maël et ses parents.

Conclusion

L'acquisition de la propreté, acquisition très importante dans notre société, car permettant l'entrée en maternelle de l'enfant occulte parfois des problèmes de dyschésie. On voit donc souvent en grande section de maternelle des enfants et leurs parents démunis face à ce problème. Souvent une consultation avec un médecin généraliste et l'absence de problèmes organiques, amène les parents en consultation. S'agit-il d'un phénomène nouveau ? Se résout-il naturellement avec le temps ? L'absence d'articles sur ce problème dans la littérature scientifique ne nous permet pas d'y répondre. Par ailleurs, si sur le plan psychothérapique nous observons les bénéfices de cette prise en charge de la dyschésie (nous avons suivi plusieurs enfants pour ce problème), des recherches épidémiologiques et étiopathogéniques nous semblent nécessaires, pour confirmer ou infirmer les mécanismes qui nous semblent sous-tendre ce problème, et ainsi, améliorer la prise en charge. Au-delà des recherches, c'est ici et maintenant que l'enfant et les parents en souffrance, ont besoin d'une aide. La thérapie comportementale et cognitive de la dyschésie que nous proposons apportera aux cliniciens une idée de prise en charge possible.

Références bibliographiques

1. A.P.A. DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4 ème. Paris: Masson; 2003.

2. Chouraqui J-P. Incontinence fécale et constipation chez l'enfant: une prise en charge adaptée? Archives de Pédiatrie. 2012;19(6, Supplement 1):H249‑H250.

3. Faure N, Ferrière S, Maurage C, Rolland J. La rééducation en biofeedback: rôle dans la constipation terminale de l'enfant. Archives de Pédiatrie. 1995;2(11):1055‑1059.

4. Vera L. Chapitre 2 - Techniques thérapeutiques. TCC chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 17‑63. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229470402400002X

5. Heymen S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. Gastroenterology. 2004;126, Supplement 1(0):S146‑S151.

6. Ducrotté P. Physiopathologie et traitement des troubles fonctionnels intestinaux. EMC - Hépato-Gastroenterologie. 2005;2(4):400‑412.

7. Soler JM, Denys P, Game X, Ruffion A, Chartier-Kastler E. Chapitre B - L'incontinence anale et les troubles digestifs et leurs traitements en neuro-urologie. Progrès en Urologie. 2007;17(3):622‑628.

8. Juguet F, Siproudhis L. La dyschésie. Act. Med. Int. - Gastroentérologie. 1998;12(03):97‑100.

9. Giniès JL. Constipation de l'enfant: diagnostic et prise en charge. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2001;14(4):223‑227.

10. Goulet O. Prise en charge de la constipation de l'enfant. Archives de Pédiatrie. 1999;6(11):1224‑1230.

11. Staumont G. Diagnostic et traitement d'une dyschésie. Gastroentérologie Clinique et Biologique. 2006;30(3):427‑438.

12. Talley N, Weaver A, Zinsmeister A, Melton L. Functional constipation and outlet delay: a population-based study. Gastroenterology. 1993;105(3):781‑790.

13. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Grant Thompson W, et al. U. S. Householder survey of functional gastrointestinal disorders. Digestive Diseases and Sciences. 1993;38(9):1569‑1580.

14. Foti M, Calipari G, Pustorino E, Luzza G, Guerrisi O, Martinez P, et al. 17 OC Dyspepsia-like symptoms prevalence in functional constipation. Digestive and Liver Disease. 2002;34, Supplement 1(0):A40.

15. Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. The Journal of Pediatrics. 2005;146(3):359‑363.

16. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stemhagen A, Chee E, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. The American Journal of Gastroenterology. 1999;94(12):3530‑3540.

17. Chitkara DK, Talley NJ, Locke III GR, Weaver AL, Katusic SK, De Schepper H, et al. Medical Presentation of Constipation From Childhood to Early Adulthood: A Population-Based Cohort Study. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2007;5(9):1059‑1064.

18. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. A Review of the Literature on Gender and Age Differences in the Prevalence and Characteristics of

Constipation in North America. Journal of Pain and Symptom Management. 2009;37(4):737‑745.

19. Siproudhis L, Ropert A, Vilotte J, Bretagne J-F, Heresbach D, Raoul J-L, et al. How accurate is clinical examination in diagnosing and quantifying pelvirectal disorders? A prospective study in a group of 50 patients complaining of defecatory difficulties. Diseases of the Colon & Rectum. 1993;36(5):430‑438.

20. Choung RS, Locke III GR, Rey E, Schleck CD, Baum C, Zinsmeister AR, et al. Factors Associated With Persistent and Nonpersistent Chronic Constipation, Over 20 Years. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2012;10(5):494‑500.

21. Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. The American Journal of Gastroenterology. 2003;98(5):1107‑1111.

22. Denis philippe. Diagnostic et prise en charge de la dsychésie. Paris; 2008 [cité 21 août 2012]. Disponible sur: http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2008-paris/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-dyschesie

23. Van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Nieuwenhuizen A-MO, Last BF. Chronic childhood constipation: A review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. Patient Education and Counseling. 2007;67(1–2):63‑77.

24. INSERM. Psychothérapie: Trois approches évaluées. Paris: Les éditions INSERM; 2004.

Tableau 1 : Proposition de critères diagnostiques pour la dyschésie psychologique chez l'enfant :

1. Difficulté de l'exonération des matières fécales comme l'atteste au moins l'un des symptômes suivants :
    a. L'exonération nécessite des efforts de poussées prolongées et provoque des plaintes chez l'enfant ;
    b. La rétention des selles est totale en dehors de la présence d'un tiers (la mère ou le père) pour permettre l'exonération ;
    c. L'enfant ne peut pas aller à la selle dans un endroit approprié (toilette, pot,…) ;
    d. L'enfant doit porter sa couche pour parvenir à l'exonération.
2. Cette difficulté ou incapacité n'est pas liée à une atteinte organique ou fonctionnelle actuelle (au moment où l'enfant est rencontré, il ne rapporte par une atteinte même s'il est possible que par le passé, il est pu souffrir d'une telle atteinte).
3. Le comportement est cliniquement significatif, soit par sa présence depuis au moins 3 mois consécutifs, soit par la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire, ou dans d'autres domaines importants.
4. L'enfant a atteint un âge (développement fonctionnel) qui lui permet un contrôle sphinctérien.
5. Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques d'un régime alimentaire particulier (par ex. pauvre en fibres), d'une substance, ni à une affection médicale générale (fissure anale, dysfonctionnement des sphincters de l'anus, troubles de la statique pelvienne postérieure, …)
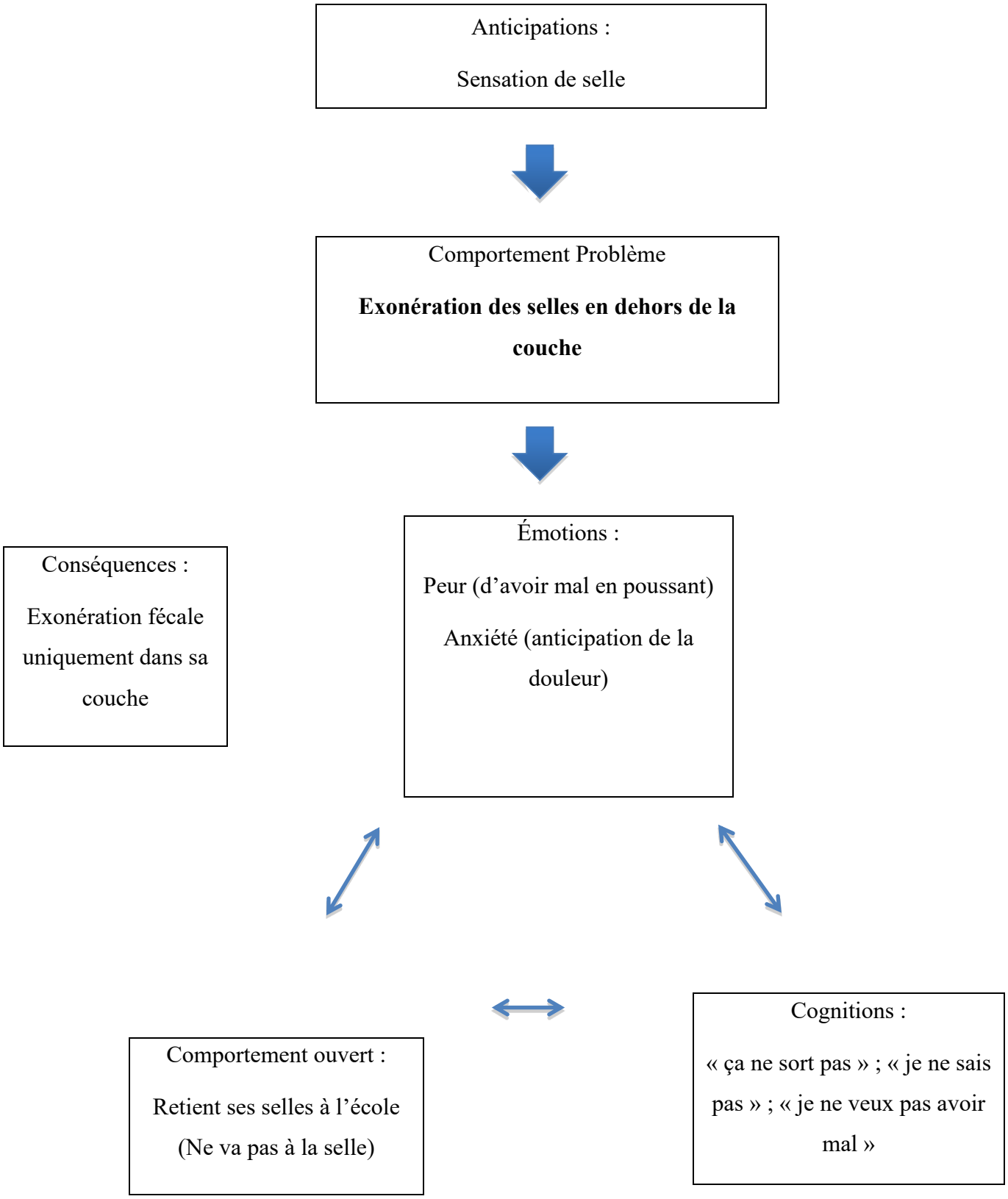
Figure 1 : Analyse fonctionnelle d'un cas de dyschésie chez l'enfant