

ANNEE: 2010

THESE N°: 131

Encopresie de l'enfant :

A propos de 35 observations

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme Farah BOUGARCHOUH

Née le 24 Avril 1980 à Ksar El kébir

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Encoprésie – Constipation chronique – Enfants.

JURY

Mr. M. N. BEN HMAMMOUCHE

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. A. M'BARK

Professeur Agrégé de Chirurgie Pédiatrique

Mr. M. KISRA

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. T. MESKINI

Professeur Agrégé de Pédiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

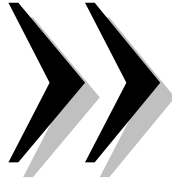
JUGES



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



سبحانك لا علم لنا إلا
ما علمتنا إنك أنت
العليم الحكيم



سورة البقرة : الآية : 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا
وقلبا خاشعا وشفاء من كل داء
وسقم

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Ali BEN OMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur El Hassan AHELLAT

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader	Pathologie Chirurgicale
--------------------------	-------------------------

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss*	Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed	Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif	Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb	Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed	Pharmacologie Clinique
-----------------------	------------------------

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz	Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia	Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida	Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed	Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek	Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima	Pédiatrie
---------------------------------------	-----------

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam	Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane	Cardiologie

- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSAID Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

Décembre 1988

57. Pr. BENHMAMOUCH Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Nouredine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNABOU Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH Pédiatrique
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZA Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUHA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique

Radiologie

Urologie

Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

Traumatologie Orthopédie

Médecine Interne

Cardiologie

Chirurgicale

Médecine Interne

Médecine Interne

Oto-Rhino-Laryngologie

Radiologie

Cardiologie

Pathologie Chirurgicale

Pathologie Chirurgicale

Médecine-Interne

Urologie

Gynécologie -Obstétrique

Anatomie-Pathologique

Neurologie

Dermatologie

Anesthésie Réanimation

Ophtalmologie

Anatomie-Pathologique

Anesthésie Réanimation

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chirurgie Générale

Hématologie

Chirurgie Générale

Pharmacie galénique

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique

Biochimie et Chimie

Ophtalmologie

Pharmacologie

Histologie Embryologie

Psychiatrie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Anesthésie-Réanimation

Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

achida

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Médecine Interne

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie

Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Traumato Orthopédie

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie

Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAoui Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amograne*
170. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAoui Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
195. Pr. GAMRA Lamiae

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie

Médecine Interne

Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie

Radiologie

Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Radiologie

Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
- 200. Pr. MOULINE Soumaya
- 201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
- 202. Pr. OUZEDDOUN Naima
- 203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

- 204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
- 205. Pr. BEN AMAR Abdeselem
- 206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
- 207. Pr. BIROUK Nazha
- 208. Pr. BOULAICH Mohamed
- 209. Pr. CHAOUIR Souad*
- 210. Pr. DERRAZ Said
- 211. Pr. ERREIMI Naima
- 212. Pr. FELLAT Nadia
- 213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
- 214. Pr. HAIMEUR Charki*
- 215. Pr. KADDOURI Nouredine
- 216. Pr. KANOUNI NAWAL
- 217. Pr. KOUTANI Abdellatif
- 218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
- 219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
- 220. Pr. NAZZI M'barek*
- 221. Pr. OUAHABI Hamid*
- 222. Pr. SAFI Lahcen*
- 223. Pr. TAOUFIQ Jallal
- 224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

- 225. Pr. BENKIRANE Majid*
- 226. Pr. KHATOURI Ali*
- 227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

- 228. Pr. AFIFI RAJAA
- 229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
- 230. Pr. ALOUANE Mohammed*
- 231. Pr. LACHKAR Azouz
- 232. Pr. LAHLOU Abdou
- 233. Pr. MAFTAH Mohamed*
- 234. Pr. MAHASSINI Najat
- 235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
- 236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
- 237. Pr. NASSIH Mohamed*
- 238. Pr. RIMANI Mouna
- 239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Janvier 2000

- 240. Pr. ABID Ahmed*

Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Pneumo-phtisiologie

244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANY Azzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUAD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane
287. Pr. BENNANI Rajae
288. Pr. BENOACHANE Thami
289. Pr. BENYOUSSEF Khalil

Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie

293. Pr. BOUHOUC Rachida
294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
295. Pr. CHAT Latifa
296. Pr. CHELLAOUI Mounia
297. Pr. DAALI Mustapha*
298. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
300. Pr. EL HIJRI Ahmed
301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
302. Pr. EL MADHI Tarik
303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
304. Pr. EL OUNANI Mohamed
305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
306. Pr. ETTAIR Said
307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
308. Pr. GOURINDA Hassan
309. Pr. HRORA Abdelmalek
310. Pr. KABBAJ Saad
311. Pr. KABIRI El Hassane*
312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
313. Pr. LEKEHAL Brahim
314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
315. Pr. MEDARHRI Jalil
316. Pr. MIKDAME Mohammed*
317. Pr. MOHSINE Raouf
318. Pr. NABIL Samira
319. Pr. NOUINI Yassine
320. Pr. OUALIM Zouhir*
321. Pr. SABBAH Farid
322. Pr. SEFIANI Yasser
323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
326. Pr. AMEUR Ahmed*
327. Pr. AMRI Rachida
328. Pr. AOURARH Aziz*
329. Pr. BAMOU Youssef *
330. Pr. BELGHITI Laila
331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
332. Pr. BENBOUAZZA Karima
333. Pr. BENZEKRI Laila
334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
335. Pr. BERADY Samy*
336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
337. Pr. BICHRA Mohamed Zakarya
338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
339. Pr. CHKIRATE Bouchra
340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed

Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie
Urologie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Gynécologie Obstétrique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro – Enterologie
Médecine Interne
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie

345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
347. Pr. HADDOUR Leila
348. Pr. HAJJI Zakia
349. Pr. IKEN Ali
350. Pr. ISMAEL Farid
351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
352. Pr. KRIOULE Yamina
353. Pr. LAGHMARI Mina
354. Pr. MABROUK Hfid*
355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
359. Pr. OUJILAL Abdelilah
360. Pr. RACHID Khalid *
361. Pr. RAISS Mohamed
362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
363. Pr. RHOU Hakima
364. Pr. RKIOUAK Fouad*
365. Pr. SIAH Samir *
366. Pr. THIMOU Amal
367. Pr. ZENTAR Aziz*
368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
370. Pr. AMRANI Mariam
371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
375. Pr. BOULAADAS Malik
376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
377. Pr. CHERRADI Nadia
378. Pr. EL FENNI Jamal*
379. Pr. EL HANCHI Zaki
380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
382. Pr. HACHI Hafid
383. Pr. JABOUIRIK Fatima
384. Pr. KARMANE Abdelouahed
385. Pr. KHABOUZE Samira
386. Pr. KHARMAZ Mohamed
387. Pr. LEZREK Mohammed*
388. Pr. MOUGHIL Said
389. Pr. NAOUMI Asmae*
390. Pr. SAADI Nozha
391. Pr. SASSENOU Ismail*
392. Pr. TARIB Abdelilah*

Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
398. Pr. ALLALI fadoua
399. Pr. AMAR Yamama
400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
401. Pr. AZIZ Nouredine*
402. Pr. BAHIRI Rachid
403. Pr. BARAKAT Amina
404. Pr. BENHALIMA Hanane
405. Pr. BENHARBIT Mohamed
406. Pr. BENYASS Aatif
407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
408. Pr. BOUKALATA Salwa
409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
411. Pr. EL HAMZAoui Sakina
412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOSSI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
418. Pr. LYACoubi Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUazzani Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAoui Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibtissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham

Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire

Parasitologie

Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne

- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr. OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

** Enseignants Militaires*

Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Médecine Interne
Parasitologie
Radiothérapie
O.R.L

Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Anatomie Pathologique
Pneumo-Phthisiologie
Pneumo-Phthisiologie

Biochimie
Pharmacologie
Histologie – Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques

Microbiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biochimie
Biochimie
Pharmacognosie
Chimie Organique



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dédicaces



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A Allah
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon très cher père

*Tu as été et tu seras toujours un
exemple pour moi de par tes qualités
humaines, ta passion pour la lecture et
le savoir, ta bonté et ta générosité
extrêmes.*

*Tes prières ont été pour moi d'un
grand soutien moral tout au long de mes
études.*

*Accepte ce travail comme le témoignage
de ma reconnaissance, ma gratitude et mon
profond amour.*



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A ma belle mère

*C'est pour moi un jour d'une grande
importance, car je sais que tu es à la
fois fière et heureuse de voir le fruit
de ton éducation et de tes efforts
inlassables se concrétiser.*

*A toi maman, je dédie ce travail, qui
sans ton soutien, ton amour et ton
sacrifice, n'aurait pu voir le jour.*

*Aucun mot ne saurait exprimer la
profonde gratitude et l'immense amour que
j'ai pour toi.*



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon très cher frère

*Pour tout ton amour et ton soutien
Que Dieu te protège.*



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mes chers beaux parents
Ahmed nafkhaoui et Fatima lamtouni

*Je remercie DIEU de m'avoir donné une
deuxième mère et un deuxième père sur qui
je pourrais compter autant que mes
propres parents.*

*Je vous remercie pour tout votre amour
et votre dévouement.*

Je vous aime et je suis fière de vous.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon cher mari Rachid Nafkhaoui

*Ta présence et ton soutien permanents
m'ont été précieux.*

*Je te remercie pour ta patience et ton
sacrifice.*

*Ta bonté et ta générosité n'ont pas
d'égal.*

*Aucun mot ne saurait exprimer ma
gratitude..*

A ma fille Maryam

*J'espère que tu seras toujours fière
de ta petite maman*

Que Dieu te bénisse ma fille



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A SOUAD ,son mari et ses enfants.

A Hayat,Oussama et Yassine.

*En témoignage de mon amour et de ma
gratitude.*

Pour tout ce que vous faites pour moi.

*Je ne pourrais mesurer la chance de
vous avoir autour de moi*



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**A mies amies HANANE SOUAD INASS ET
KARIMA**

Pour les belles années passées en
votre compagnie.

**Et à tous mes autres amis et camarades
de promotion**

*Je vous dédie ce travail avec tous mes
vœux de bonheur, de santé et de réussite.*



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Remerciements



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**A notre maître et président de thèse
Monsieur le professeur BENHMAMMOUCH
Professeur de chirurgie pédiatrique à
L'Hôpital d'Enfant de Rabat**

Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant la
présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre
compétence et vos qualités humaines ont
suscité en nous une grande admiration, et
sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher Maître,
l'assurance de notre estime et notre
profond respect.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur MBARK ABD LHAK

**Professeur de chirurgie pédiatrique à
L'Hôpital d'Enfant de Rabat**

Votre compétence, votre modestie, et
votre disponibilité nous ont énormément
marqué.

Veuillez trouver ici l'expression de
notre respectueuse considération et notre
profonde admiration pour toutes vos
qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de
vous témoigner notre profonde gratitude.

A notre maître et juge de thèse
Mr Mounir Kisra
Professeur de chirurgie pédiatrique à
L'Hôpital d'Enfant de Rabat

Nous avons le privilège et l'honneur
de vous avoir parmi les membres de notre
jury.

Veillez accepter nos remerciements et
notre admiration pour vos qualités
d'enseignante et votre compétence.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**A notre maître et juge de thèse
Monsieur Toufik Meskini
Professeur d'hépto-gastro-entérologie
A L'HOPITAL D'ENFANTS A RABAT**

Vous avez accepté en toute simplicité
de juger ce travail et c'est pour nous un
grand honneur de vous voir siéger parmi
notre jury de thèse.
Nous tenons à vous remercier et à vous
exprimer notre respect.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A docteur ZAOUI
Pédiatre à l'Hôpital d'enfant de Rabat

Nous vous remercions de votre aide à
l'élaboration de ce travail, votre
soutien était de grand apport.

Veuillez trouver ici l'expression de
nos sincères remerciements.

Introduction	1
Physiologie de la défécation	4
1. Le réservoir	5
2. La compliance et la sensation de besoin	5
3. L'innervation	5
Revue de la littérature	7
I. Cadre descriptif:	9
II. La constipation	28
II.1 Constipation de cause fonctionnelle	29
II.2 constipation de cause organique	30
III. L'Age	46
IV. Le sexe	49
V. Formes primaires – formes secondaires	51
VI. L'énurésie associée	53
VII. Prise en charge de l'encopresie :	89
VII-1. Prise en charge de l'encopresie sur constipation	89
VII-2. Traitement da la maladie de hirschsprung :	103
Population et méthodes	107
1-Données de base à la première consultation:	108
2-Encopresie sur constipation fonctionnelle :	109
3-Encopresie sur maladie d'Hirschsprung:	110

	111
Résultats	112
I-Données de base à la 1 ^{ère} consultation.....	113
II-Histoire de la maladie avant la prise en charge médicale :	113
III. Prise en charge médicale antérieure : généralités	114
IV-Evolution des consultations au cours du temps	119
V- Prise en charge médicale antérieure : traitement prescrit	120
VI. Consultation de réévaluation	152
 Discussion	 164
 Conclusion	 200
 Résumés	 202
 Bibliographie	 206

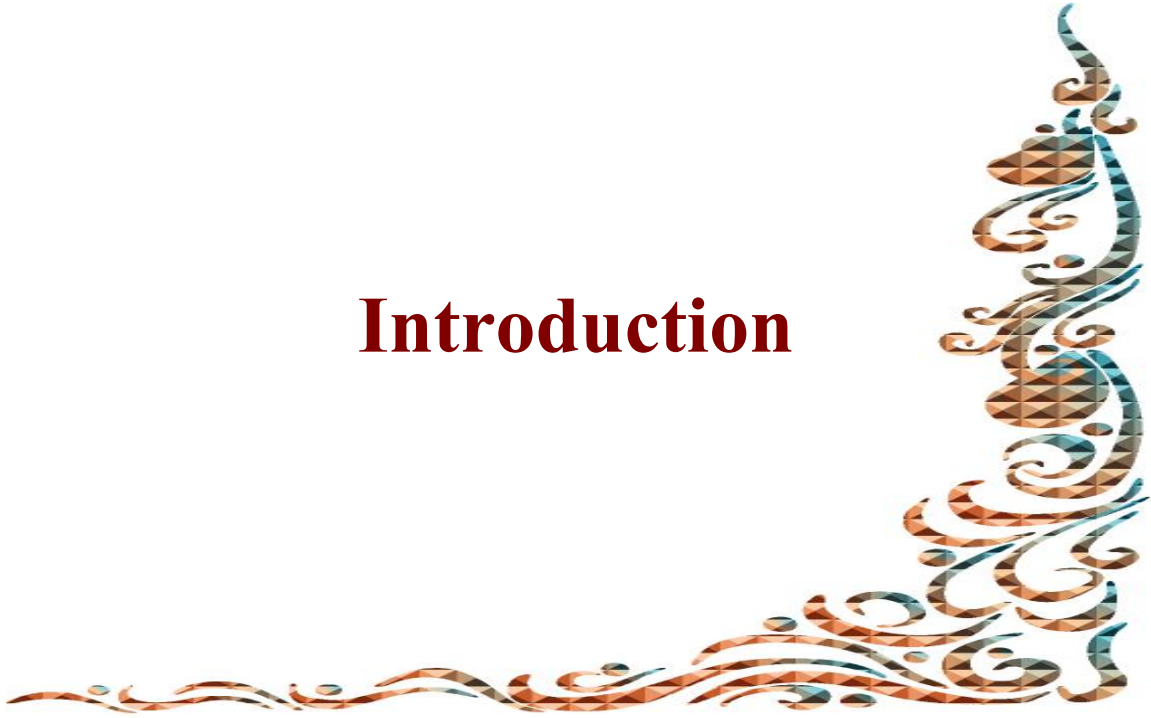


PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Introduction



articulation de différentes pratiques, a retenu notre
lui d'un trouble fonctionnel, celui d'un trouble
articulé avec la problématique anale et celui d'un trouble à propos duquel se pose la
question de la formation du symptôme.

- Trouble étiqueté fonctionnel, il se pose, comme bien d'autres troubles ainsi
qualifiés, comme sujet de réflexion privilégié de la coopération entre pédiatres et
pédopsychiatres.

Ce trouble, que l'on peut définir comme une forme d'inhibition du
fonctionnement de la défécation, est longtemps resté du seul domaine des pédiatres et
des gastro-entérologues. On a d'abord voulu voir une pathologie du schéma corporel
(de l'outil) qu'on aurait souhaité explicative de cette invalidation du fonctionnement
de la défécation. Ainsi s'est élaborée une approche médicalisée, avant que ne soit
évoqué, derrière cette faille du fonctionnement du schéma corporel, quelque
vicissitude de l'investissement de l'image du corps. Un tel élargissement, outre sa
valeur théorique, permet pour l'encoprésie de nouvelles possibilités d'approche
thérapeutique.

- Trouble articulé avec la problématique anale, il est à observer comme trouble
survenant sur une fonction physiologique qui fait l'objet d'un investissement érotique
précoce chez l'enfant. FREUD l'a largement souligné : l'anatomie de la zone anale la
rend propre à l'étayage d'une activité sexuelle.

La nature des investissements et contre-investissements de la zone anale va
constituer un enjeu essentiel quant à la maturation de l'enfant. On peut avancer que
toute perturbation de cette époque placée sous le signe de l'analité, menace la
structuration de l'enfant. il s'agit entre autres et tout particulièrement des capacités de
mentalisation qui établissent alors leurs premières assises.

e d'une régression ou d'une fixation au stade anal excrémentiel et doit être vue comme s'intégrant, le plus souvent, à un ensemble de troubles de la personnalité.

- Trouble posant la question de la formation du symptôme, l'encoprésie se montrera porteuse d'une signification différente selon le niveau de conflit et le type d'angoisse qui participe à sa dynamique. de ces variations restera que l'encoprésie peut relever de structures de personnalité différentes. Au-delà de ces variations, une d'une conduite renvoyant à des degrés divers à des angoisses archaïques, conjointement à une menace de perte de cohésion du self.

Dans cette optique, nous avons envisager le tableau descriptif clinique du trouble et de son contexte, trouble le plus souvent associé à d'autres. A ce trouble, nous avons relié des considérations psycho-pathologiques qu'il nous suggérait, approche synchrétique qui a nécessité un abord autre que synthétique.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Physiologie de la défécation



Le transit chez l'enfant dure, en moyenne, 46 heures.

Le côlon droit et le côlon gauche stockent les matières fécales et absorbent l'eau. Ils assurent la fonction de réservoir. La charnière recto- sigmoïdienne constitue un obstacle à la progression des matières fécales, et aide ainsi à garder le rectum vide. Elle est plus ou moins marquée selon les individus.

2. La compliance et la sensation de besoin

Une fois par jour, en moyenne, le rectum se remplit de matières fécales.

La pénétration des selles dans le rectum provoque une distension de l'ampoule rectale, ce qui active les barorécepteurs présents dans la paroi. Le cerveau perçoit alors le besoin d'exonérer.

Les capacités de distension de l'ampoule rectale, c'est-à-dire sa compliance, permettent d'atténuer, voire de faire disparaître, la sensation de besoin et ainsi il peut exister un laps de temps entre l'information reçue par le cerveau et le moment choisi pour exonérer.

3. l'innervation

Mais tout ceci nécessite une innervation complexe.

En effet, 3 composantes du système nerveux sont nécessaires : le système nerveux central, le système nerveux périphérique autonome, le système nerveux entérique.

3.a) le système nerveux central

Il contrôle, par l'intermédiaire du nerf honteux interne, le sphincter anal externe et les muscles releveurs de l'anus, permettant ainsi d'assurer en partie la continence anale.

action de la sangle abdominale nécessaire lors de

Enfin, il permet la coordination des fonctions rectale et sphinctérienne assurées par le contrôle supra-spinal (centre pontique et frontal)

3.b) le système nerveux périphérique autonome.

Il se compose de fibres sympathiques et parasympathiques ayant un rôle antagoniste.

En effet, l'innervation parasympathique assurée par les nerfs vague (Innervation du côlon proximal) et pelvien (innervation du côlon distal) stimulent le rectum et le relâchement du sphincter anal interne, favorisant ainsi la défécation.

L'innervation sympathique, assurée par les nerfs lombaires (innervation de la totalité du côlon), hypogastriques (innervation du sphincter) et splanchniques (innervation du côlon proximal), inhibe le rectum et le relâchement du sphincter anal interne, assurant ainsi la vacuité du rectum et la continence anale.

3.c) le système nerveux entérique.

Il est composé par les plexus de Meissner (en sous- muqueux) et d'Auer Bach (en intermusculaire). ces plexus contrôlent la motricité colique lisse, appelée le péristaltisme, par l'intermédiaire de neurotransmetteurs (acétylcholine, vaso intestinal peptide...)

Certaines hormones (sérotonine, peptides opioïdes) et substances pharmacologiques agissent sur la motricité colique et le sphincter anal interne. L'activité physique, le repas, le réveil stimulent le péristaltisme.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Revue de la littérature



hologie rare, elle n'en échappe pas moins, souvent

Déjà, en 1934, A.B. Marfan décrivait " la défécation involontaire des écoliers" et remarquait combien ce trouble, pourtant non exceptionnel, n'était que rarement signalé à la consultation de l'hôpital. Il n'était reconnu qu'à l'entrée à l'école, vers 7ans, c'est-à-dire lorsque le trouble devenait gênant pour l'intégration scolaire de l'enfant. Il est possible, dit-il, qu'on s'abstienne de signaler la défécation involontaire, parce qu'on y attache pas d'importance".

Malgré l'évolution des idées avec, dans le champ médical, une meilleure connaissance d'une part des mécanismes physiologiques de maîtrise de la défécation et d'autre part des vicissitudes de l'investissement et des contre- investissements liés à l'érotisme anal chez l'enfant et, dans le champ public, une vulgarisation à visée éducative des données de la psychologie de l'enfant ; on n'en observe pas moins que s'écoule toujours un long délai avant que l'enfant et sa famille n'en viennent à rencontrer le spécialiste.

Cette tolérance particulière à ce symptôme – l'enfant n'étant pas "malade" – procède de nombreux facteurs. On retiendra là une attitude gênée, plus ou moins honteuse. Le symptôme mobilise fortement chez les parents leur propre refoulement et les formations réactionnelles à l'érotisme anal, il signe un échec dans l'éducation de l'enfant renvoyant à une blessure narcissique. On lave " le linge sale" en famille.

Mais c'est aussi une attitude complaisante qui sera constituée progressivement, avec les réaménagements relationnels qu'implique obligatoirement ce symptôme pour être toléré et qui vont le surdeterminer dans sa chronicité.

A cette "affaire" sera plus ou moins convoqué le médecin généraliste ou le pédiatre qui suit l'enfant. Son introduction répond le plus souvent au désir de trouver une réponse thérapeutique, car le trouble rétentionnel a pu, à la longue, déterminer une

é en arrière-plan d'un ensemble de troubles du
consultation.

La nature fonctionnelle du trouble va en faire, pour le médecin clinicien qui voit l'enfant, une source d'interrogations. C'est le risque pour lui d'accepter la somatisation comme telle et toute une pathologie iatrogène de se mettre en place, aboutissant, au bout du compte, au développement d'une attitude de rejet du patient et faisant négliger la pathologie psychaitrique sous-jacente.

Il ne faut pas oublier que l'éducation du symptôme, qui pose la question préalable du diagnostic avec toutes les investigations complémentaires (lavement baryté, retoscopie, plus ou moins biopsie) et éventuellement une thérapeutique à base de traitements évacuateurs, se joue sur un terrain d'investissement particulier de l'analité ou les manipulations corporelles que cela entraîne risquent de favoriser le symptôme.

Aussi, il s'avère important pour le pédo-psychiatre qui s'occupe de la pathologie fonctionnelle de l'enfant, d'élaborer des critères positifs de diagnostic qui devraient améliorer la coopération entre pédiatres, gastro-entérologues et psychiatres.

I. Cadre descriptif:

1. C'est à Weissemberg qu'est attachée la paternité (contestée) de ce terme.

Tout au moins le premier, y associe-t-il la tentative d'en préciser le cadre descriptif, dans un article paru en 1926 «l'Encoprèse». La définition médicale qu'il propose, construite de même que le terme par analogie avec l'énurésie, procède d'abord d'un diagnostic d'exclusion : «Toute défécation involontaire survenant chez un enfant ayant dépassé l'âge de deux ans, et en l'absence de lésions évidentes du système nerveux ou d'autres affections organiques ».

...e spécifique, définissent une conduite qui garde –
- toute sa valeur d'acte physiologique (l'accent est
mis sur la conduite à contre-temps, à contre- lieux) ; va permettre, par une démarcation
entre l'ancienne incontinence alvine et une incontinence fécale que l'on dirait
aujourd'hui « fonctionnelle », une meilleure délimitation des champs.

Celui de l'encoprésie sera investi, en référence aux apports de la psychologie
génétique et de la psychanalyse, par la recherche de facteurs étio-pathogéniques
psychogènes et de structures psychopathologiques particulières, non sans quelques
retours nostalgiques, au début, vers des hypothèses organicistes ou plus ou moins
mécanicistes.

Sans invoquer une étio-pathogénie particulière, WEISSENBERG accompagne
cette définition de descriptions d'enfants encoprétiques où l'on retrouve des
manifestations allant des troubles psycho-névrotiques aux troubles réactionnels. On
peut noter que cette étude s'accompagne d'une première évaluation épidémiologique
avec une incidence symptomatique de 0,5%.

2. Des études antérieures de l'incontinence fécale suggéraient déjà cette différenciation incriminant des facteurs psychogènes dans certains cas.

- Hennoch, en 1881, en faisait un trouble neuro-végétatif à traiter par injections
sous-cutanées d'ergotamine. Après avoir le même résultat par injection d'eau
distillée, il évoquera l'hypothèse d'une psychogénèse.
- Fowler, en 1882, parle d'incontinence psychogène. Il décrit en particulier le
cas d'un enfant de sept ans, présentant une incontinence volontaire sans
soubassement organique qu'il relie à une surpression éducative parentale jugée
responsable de ce comportement d'opposition. Une approche thérapeutique
psycho-éducative. on parlerait aujourd'hui de guidance parentale qui permet de
lever le symptôme.

symptôme chez les enfants psychopathes (il faut
ce à ce terme que celui que nous lui donnons
aujourd'hui) dans un article au titre évocateur, traitement d'un ensemble de
troubles psycho-somatiques de l'enfant : « psychogénèse et psychothérapie
koêrlicher symptômes ».

- Ces descriptions ont l'intérêt de mettre l'accent sur le versant psychogène
dynamique du symptôme et d'y faire suivre des indications thérapeutiques
psycho-éducatives.

**3. Exposé que ce symptôme était Une fois qu'il a été clairement ouvert à une
approche psycho-dynamique**, aussi bien dans son apparition que dans les
propositions thérapeutiques, les différents spécialistes vont, à partir des descriptions
cliniques plus fines précisant l'approche théorique, apporter des modifications à la
définition du symptôme, et soulignant tel trait plus pertinent : tenter d'en dégager une
hypothèse étiopathogénique. On retrouvera dans cette élaboration deux mouvements
plus ou moins intriqués, selon qu'ils procèdent d'une clinique psychiatrique.

- Ainsi les premières observations psychiatriques. A partir de descriptions
formelles, des regroupements syndromiques sont tentés mettant en cause tels
ou tels des mécanismes étio-pathogéniques qui seront diversement appréciés
par les autres. Les mécanismes et la cause invoqués ne sont pas univoques et,
avec l'évolution des courants de pensée, vont apparaître plus ou moins des
facteurs organiques qu'accompagne un point de vue mécaniciste, les modalités
d'apprentissage de la propreté, les perturbations du milieu familial, les
troubles de la relation précoce mère/enfant, en type caractériel particulier de
l'enfant colorant le symptôme d'une signification particulière, l'utilisation des
symptômes dans la dynamique familiale ; avec les conséquences
thérapeutiques que ces choix impliquent.

suggestive d'un trouble qui dépasse le symptôme
spécifier l'organisation mentale sous-jacente à
l'expression symptomatique. Deux mouvements d'idées s'y confrontent :

- Ceux qui en font un trouble non-spécifique répondant, selon une économie psychique différente, à des structures de personnalités différentes (telle l'étude de GRAMER qui repose sur des diagnostics structuraux).
- Ceux qui en font un trouble spécifique dans sa modalité d'expression par rapport aux organisations psycho-pathologiques que sont névroses, psychoses et perversions. C'est l'orientation de l'investigation psychosomatique telle que proposent L.KREISLER, M.FAIN, M. SOULE

• **EVOLUTION de la DERINITION et PREMIERES DESCRIPTIONS**

détaillé du symptôme) du comportement de « défécation involontaire des écoliers », à laquelle tous les auteurs qui se sont intéressés à l'encoprésie rendent hommage même si elle se termine dans la mouvance organiciste par un appel de dernier recours à la syphilis congénitale, ainsi condamnée à répondre, à cette époque, du déterminisme de bien des pathologies (on la retrouvera pour l'énurésie).

1. Sur le plan historique, on doit à MARFAN, une riche description sémiologique (dans le cadre de notre recherche première description clinique

C'est un symptôme de l'écolier, un garçon, entre 7 et 14 ans, peut-être un peu émotif, fantasque et parfois impulsif, mais suivant une scolarité normale, voire brillante, ou demi-pensionnaire dans son collège.

C'est un symptôme de jour et l'on ne sait pas, le plus souvent, si malade par sa famille, qui sait que cela disparaîtra avec la puberté. Les caractères particuliers qu'il nous soumet de l'observation de ces enfants, notamment leur vécu du symptôme, évoquent une encoprésie rétentionnelle installée :

écédée d'une sensation de besoin, elle est à peine
rappellement des matières.

- C'est une défécation dans les habits.
- Le moment de la défécation n'est pas marqué d'une circonstance particulière, tout au plus on retrouve qu'elle peut être favorisée par une activité musculaire intense, ou lorsque l'enfant doit fixer son attention sur un travail.
- Les selles sont peu abondantes, un peu molles, de fréquence variable. On retrouve là l'évacuation par « déplacement fécal » d'une partie du contenu rectal sans qu'il y ait évacuation complète. MARFAN n'a pas pratiqué d'examen clinique, mais on peut supposer au toucher rectal la découverte d'un rectum plein.
- L'évolution du trouble est intermittente. La défécation peut se « normaliser » quelques temps. Il s'interroge, dans le même ordre d'idées, sur l'absence d'élèves internes dans l'ensemble des observations recensées.

Le diagnostic différentiel élimine :

- La défécation involontaire de l'enfant qui se retient consciemment trop longtemps d'exonérer son intestin, la défécation étant alors accidentelle et « ne se reproduit que sous l'action de la même cause ».

Aujourd'hui, cette conduite, si elle se répète, ferait partie du champ de l'encoprésie, les choses étant alors rarement aussi claires.

- L'évacuation involontaire liée à des troubles coliques (telle la diarrhée) ou à une affection cérébrale (dans les accès épileptiques).
- L'exonération fécale émotionnelle.

L'hypothèse d'une psychogénèse du trouble est vite écartée.

présie va appuyer successivement sur plusieurs

- L'âge pour parler d'encoprésie est reporté par LUQUET, EN 1955, (auteur de formation analytique), au-delà de trois ans, ce qui sera unanimement adopté.
- L'élargissement de la définition nous semble témoigner, au début, d'un souci de spécifier chez l'encoprétique le « dispensateur ».
 - ◆ GLAZMAN, en 1934 : « c'est le passage plus ou moins volontaire des matières fécales ».
 - ◆ DEBRAY-RITZEN en fait « une inconduite sphinctérienne ».
 - ◆ SOULE souligne le contexte social : « en dehors des conditions requises par la société ».

Mais avec la reconnaissance de la fréquence de l'association d'une constipation et d'un mégacôlon fonctionnel participant au dysfonctionnement de la défécation que manifeste l'encoprésie, un nouveau regard est porté sur la dynamique du symptôme qui met le « rétentionniste » au premier plan. L'encoprésie n'est pas seulement « la défécation dans la culotte en dehors des lieux imposés par la société », elle répond à un dysfonctionnement plus général de la défécation. C'est un des avatars possibles de la constipation : l'échec de la rétention sous forme d'un compromis entre rétention et évacuation avec défécation « dans la culotte » qui permet de ne pas complètement perdre les matières. L'aspect dynamique de l'encoprésie est dans la rétention, c'est l'aspect développé par k. LAUZANNE et M. SOULE dans le »traité de pédo-psychiatrie » de S. LE BOVI, R. DIATKINE, M. SOULE

• EVOLUTION DES CLASSIFICATIONS

Aux réceptions différentes de l'encoprésie vont venir se superposer des classifications, diversement appréciées, selon les orientations théoriques de leurs

apidement et plutôt avec le souci de repérer les
auxquelles nous donnerons éventuellement toutes
leur valeur lorsqu'elles seront abordées sans les différentes rubriques de l'étude de
l'encoprésie.

a. Du côté de l'organique, nous citerons pour mémoire :

- ◆ MARFAN et la syphilis.
- ◆ NIEDERMEYER et PANITZKE, en 1963, qui à la recherche de lésions cérébrales néo-natales, retrouvent une plus grande fréquence de retards staturo-pondéraux et de désordres neurologiques. Ces résultats sont contredits par autres études, notamment celle de BELLMANN qui reste, de par son ampleur, une étude épidémiologique de référence.

2. Les classifications qui font intervenir le point de vue mécaniste ne sont pas aussi tranchées et ne négligent pas l'interférence de facteurs psychologiques.

- Pour DUHAMEL, toute la difficulté est de déterminer les responsabilités respectives du déterminisme organique et psychique. Il s'attachera à différencier, dans l'encoprésie, des formes dont le déterminisme serait plutôt organique.

Après avoir, en 1957, dans un article important, écrit en collaboration avec KOUPERNIK, reconnu l'association fréquente mégacolon congénital/ encoprésie, dont ils faisaient la forme clinique complète le l'encoprésie ; DUHAMEL s'oriente, en 1968, dans une tentative de « démembrement » de l'encoprésie, vers un projet de classification dont l'axe est la séparation entre d'une part des encopresies sans constipation, dites alors purement psychogènes et, d'autre part des encopresies ou le facteur organique prédomine. Sous cette rubrique, se trouvent :

- ◆ les encopresies accidentelles sur fécalome

• mégacolon fonctionnel dont il reconnaît la
composante psychosomatique.

- ◆ les fosses encoprésies liées à des malformations rectales mineures.

Mais la description clinique est peu convaincante car ces malformations difficiles à objectiver peuvent ou non s'associer à un mégarectum et de toutes façons d'améliorent, en général, vers la puberté. Aussi conseille-t-il prudemment d'attendre pour opérer.

Il finit par conclure, après avoir fait le tour de toutes les encoprésies où intervient un facteur organique, notamment celles liées à des malformations anales et où une intervention chirurgicale aura permis la remise en jeu du mécanisme normal de la défécation ; quel que soit le déterminisme du trouble, il y faut 'un terrain individuel et familial prédisposé pour qu'il puisse se fixer et s'organiser alors en encoprésie complexe et durable'. Les facteurs psychiques conflictuels s'ils n'interviennent pas le déterminisme, tout au moins participent à son évolution.

- Quand l'encoprésie s'associe à une constipation, on remarque que l'enfant 'se souille' de deux manières différentes. Pour WOOSDMANSEY, l'encoprésie évolue en quatre étapes successives, les deux dernières signent l'installation du syndrome encoprésie / mégacolon fonctionnel qui fait appel à deux mécanismes différents :

- Le 'déplacement fécal'. Les fèces s'accumulent dans le rectum et il se produit, de temps en temps, une évacuation involontaire. On y retrouve l'encoprésie, à selles molles, de moyenne abondance, qui ne vide pas le rectum.
- Le 'débordement du trop-plein'. Les fèces sont dures, entourées de matières qui s'éliminent par débordement.
- C'est plutôt la 'souillure' par redissolution mécanique de la muqueuse au contact du fécalome.

ment' est importante pour le choix du traitement

3. De nombreux auteurs ont pointé l'influence du mode d'apprentissage

Dans la genèse de l'encoprésie. L'étude du 'potting-couple' anglo-saxon est devenu un élément important de l'observation clinique, mais avec des conclusions divergentes selon les études.

Cette approche nous semble cependant avoir marqué une étape importante dans le développement des idées sur l'encoprésie. Portant le regard sur l'attitude de la mère, rigide ou bienveillante à l'égard des excréments de son enfant, elle a pointé l'interrogation plus que sur le mode de dressage, sur la relation mère/enfant.

En 1957, ANTHONY (autre étude de référence) en a fait le mécanisme étiopathogénique principal de sa classification en encoprésie primaire et secondaire, l'encoprésie primaire étant le fait de mère appartenant à un 'low pressure group' : laisser-aller quant à l'apprentissage, et l'encoprésie secondaire, le fait de mère appartenant à un 'high pressure group' : apprentissage précoce et coercitif.

Cette vision s'accompagne également d'une description particulière de la dynamique de la relation mère/enfant :

L'enfant encoprétique primaire 'is a dirty child coming from a dirty family' : la mère est indifférente, l'enfant est hyper - actif, agressif, désinhibé.

L'enfant encoprétique secondaire 'is a compulsive child of a complusive family' : la mère et l'enfant sont décrits à travers leurs formations réactionnelles contre l'érotisme anal.

Cette classification aura son incidence thérapeutique. ANTHONY propose dans les encoprésies primaires des mesures plutôt éducatives, réservant à l'encoprésie secondaire l'indication de la psychothérapie.

ieu familial.

Les études mettent en relief des perturbations du milieu familial, des troubles de la relation mère/enfant, le type personnalité de l'enfant et l'utilisation du symptôme, facteurs non-exclusifs les uns des autres.

1/pour tenter de comprendre comment s'est installé et se maintient le symptôme, la psychologie génétique de l'enfant, en particulier à travers l'instauration du stade anal et de ses vicissitudes, va être mise à contribution.

• Les études vont se rapporter à deux points importants, déjà mis en avant par S. Freud, dans 'trois essais sur la théorie de la sexualité' et qui seront préciser dans des écrits ultérieurs.

- D'une part au couple antagoniste passif/actif du stade sadique anal qui joint à l'érotisation de la pulsion active de maîtrise liée à la musculature, le plaisir passif lié à l'excitation de la muqueuse anale érogène, donnant ainsi à la rétention toute sa valeur libidinale.
- D'autre part à la signification symbolique qui s'attache aux matières fécales.
 - l'équation fèces/enfant/pénis.
 - la valeur socialisée de 'cadeau'. Le don excrémental est aussi rattaché à l'activité motrice qui l'accompagne.

Avant d'advenir à cette signification, les matières fécales ont fait l'objet d'un investissement très précoce : considérées comme partie du corps propre, ce sont de bonnes ou mauvaises choses que l'enfant perd ou rejette.

Sur ce modèle, vont être plus ou moins positionnés différents types d'encoprésie, selon que sera prévalente ou non la retenue auto-érotique (qui est loin d'être toujours évidente), selon l'expression affective qui accompagne le vécu

- Le stade anal est une étape charnière.
 - La zone anale fait l'objet d'un intérêt précoce chez l'enfant. L'investissement de son corps au stade oral va marquer son évolution au stade anal, par ses excréments. L'enfant rejette la mère imaginaire incorporée sous forme d'objet partiel oral. Aussi faut-il, comme l'écrit LUQUET, 'que l'objet fécal, dérivant de l'objet oral, soit un bon objet, que l'enfant ait du plaisir à sentir en lui, à retenir et à donner à sa mère'.
- K.LAUZANNE notait en 1969 la fréquence des troubles précoces du stade oral chez les enfants encoprésiques.
- de la résolution du stade anal dépendra la poursuite de la structuration, notamment l'assomption du sujet dans son narcissisme au moment de l'intégration par l'enfant de son corps, moment isolé sous le nom de stade du mémoire, et la découverte de la différence des sexes qui poursuivra avec l'entrée dans l'Oedipe.

Si l'enfant n'a pas pu sublimer en activité créatrice le plaisir ano-rectal, il risque d'y revenir au moment des conflits de transition qui marquent son développement, notamment au début de la période de latence ou lors d'expériences agissant comme un traumatisme, mettant en danger son narcissisme primaire. Il y reviendra ' par manque de déplacement des pulsions anales actives et passives sur d'autres objets partiels, mouvement régressif est donc marqué d'un retour à la communication initiale qu'il avait avec sa mère intérieure.

* en référence à ces données, vont se dégager différents types de personnalités de l'enfant encoprélique qui vont ainsi trouver une place dans la nosographie.

iculièrément, sur quelques classifications qui se
de l'étude du développement psychogénétique de
l'enfant, à ce moment de l'évolution des conceptions étio-pathogéniques.

- Essais de classifications de DUCHE, 1957.
- Première classification de DUHAMEL et COUPERNIK, 1957
- Classification de DEBRAY-RITZEN, 1968.
- Classification de KHLER ET CAREL, 1963.

Classification de DUCHE :

* DUCHE, dans un essai de classification qui sera proposé aux entretiens de BICHAT, en 1957, décrit trois formes d'encoprésie avec le souci de les rattacher à la nosographie.

a/ Encoprésie en rapport avec une désintégration mentale.

Le diagnostic plus large est celui de psychose schizophrénique.

Le symptôme est interprété comme une perte de contact avec la réalité.

b/ Encoprésie en rapport avec une fixation de l'enfant au stade anal

- Cette fixation fait de l'enfant un arriéré affectif
- La fixation ou régression à ce stade, lors d'un traumatisme affectif, a valeur de conduite compensatrice à une situation familiale défavorable, ce qui en fait une réaction névrotique sévère rarement isolée.

c) encoprésie plus réactionnelle.

- cette forme d'encoprésie, la plus fréquente, représente une forme de 'protestation active à demi-consciente '. Elle survient à la faveur d'un événement pénible, tel : séparation...

as le cadre nosographique, mais il note qu'il est
e, dans ce cas, de faire prendre conscience à
l'enfant de la signification de son symptôme.

d) l'encoprésie, manifestation ectopique de la génitalité, est une forme décrite un peu plus tard. L'hédonisme anal est au premier plan, l'enfant se retient au maximum, absorbé dans une activité auto-érotique évidente, jusqu'à ce que, dépassé, il y ait évacuation de la selle.

Classification de DUHAMEL et KOUPERNIK

* DUHAMEL et KOUPERNIK, en 1957, révèlent la survenue d'une encoprésie de la façon dont sera résolu le 'conflit excrémental'. Ils envisagent le symptôme soit comme manifestation régressive, soit comme manifestation plus nettement agressive et décrivent trois types :

a) le type continu. Ils observent, dans ce groupe, deux types d'enfants différents:

- Les enfants dont l'attitude générale est infantile.

Ils en font une forme plutôt constitutionnelle.

Les enfants dont l'évolution est normale, mais qui sont, activement, infantilisés par une dépendance maintenue avec l'entourage. On pense à ces mères « persécutrices de la protection », décrite par LECHAT.

b) le type infantile passif. L'enfant réagit à une situation pénible, par une régression infantile passive de laisser-aller.

c) le type sthénique, type le plus fréquent. Le comportement de l'enfant témoigne d'une protestation active semi-consciente, ce qui le pointe comme un trouble du comportement.

Ils mettent de côté les encopries où intervient un élément organique dominant, sans exclure l'interférence psychologique.

• DEBRAY-RYTZEN invoque deux types d'encoprésie, se rapprochant de celles décrites par DUHAMEL, mettant l'accent, quant à lui, sur la part de satisfaction libidinale, plus ou moins volontaire.

a) Le type rétentionnel régressif et passif. L'enfant, réagit par une régression infantile, sont une des possibilités de « l'incontrôle sphinctérien ».

b) Le type rétentionnel agressif et sthénique. La selle représente une caricature passée dans le langage trivial de l'agressivité.

Ce symptôme est rattaché à une constitution névrotique, il évoque par sa pseudo-organicité et les bénéfices secondaires qui résultent d'une manifestation hystérique. DEBRAY-RYTZEN développe dans le traitement une attitude thérapeutique originale qu'il nomme la pratique des 'offrandes affectives'. Cette démarche doit permettre d'établir avec l'un des parents des liens valorisants et sécurisants pour l'enfant. Il est demandé à la mère ou au père de sortir seul avec l'enfant d'une manière gratuite et spontanée.

Classification de KOHLER et CAREL

• KOHLER et CAREL font référence, plus particulièrement, à deux éléments dans la genèse des encoprésies aussi bien passives qu'actives :

'La structure, plus ou moins forte du moi de l'enfant encoprétique' et « la qualité, plus ou moins forte du moi de l'enfant encoprétique' et « la qualité, plus ou moins bonne, de l'image maternelle et des relations entre cette mère et cet enfant ». Ils individualisent deux grands types de conduites encoprétiques :

a/ L'encoprésie primitive qui entre dans le cadre d'une «dysmaturation sensori-motrice et affective » ce tableau est référé à un terrain passif particulier, qui

s premières étapes de la maturation du moi. On le
ence, dans les carences affectives précoces

b/ l'encoprésie secondaire. L'événement traumatique invoqué n'est en fait qu'un
élément de déclenchement sur terrain particulier prédisposé. Ils distinguent :

- L'encoprésie secondaire ou la passivité est dominante chez l'enfant et chez la mère. les bénéfices sont évidents des deux côtés.
- Les encopresies secondaires où l'agressivité est dominante chez l'enfant et chez la mère. aux exigences perfectionnistes de la mère répond l'opposition « armée » de l'enfant
- Les encopresies secondaires qui répondent à une économie psychique plus franchement névrotique. on a alors affaire à un moi plus élaboré
- A l'opposition, l'encoprésie peut faire partie d'un ensemble symptomatique de régression à tonalité autostique

Dans l'ensemble, Ces études accordent à l'encoprésie deux significations particulières qui peuvent s'intriquer :

- Elle signe une régression
- Elle exprime une agressivité

Sur cette toile de fond, les auteurs ont tenté de mieux cerner la personnalité de l'encopresique et son mode de fonctionnement, mais des descriptions de traits de caractère chez l'enfant encopresique, on retire une impression de flou ; il n'y a pas de fond homogène, ni constant, on retrouve souvent des éléments contradictoires.

Nombre d'auteurs cherchent alors à spécifier l'appartenance du symptôme à une structuration particulière, comme en témoignent notamment les études d'y Ghthier et de masson et M Perrenoud

Ghauthier, en 1968, nous y apparue interessante sur la clinique et de la garder comme critère d'objectivité. L'étude cherche à vérifier l'hypothèse, qui semble alors se dégagent progressivement des études cliniques, d'une structuration du moi chez l'enfant encoprésique plus déficiente que dans le cas de symptômes névrotiques et d'une corrélation significative entre ces déficiences graves et une carence affective précoce. Son étude clinique porte sur l'analyse, aux moyens de tests de certaines fonctions du moi, tels le contrôle de la motricité, le contrôle de l'agressivité, les perceptions et le langage.

- Des conclusions ne confirment pas ses hypothèses. Ainsi, on ne retrouve pas chez ces enfants plus de troubles graves de la structuration du moi que de névroses, ni d'influence significative d'une carence précoce sur une structuration du moi plus déficiente.

On peut noter, dès maintenant, qu'avec la prise en compte de plus en plus de la relation précoce mère/enfant dans la psycho-génèse des troubles fonctionnels de l'enfant, cet aspect de carence ou tout au moins d'une phase orale perturbée, va être de plus en plus souligné dans les antécédents des enfants encoprétiques. Mais, ce qui est spécifié alors, est la nature relationnelle de cette carence : une mère qui ne sera pas obligatoirement absente des soins, mais dont l'investissement dans une relation langagière avec l'enfant est perturbé.

F. Dolto insiste particulièrement sur l'importance de la relation imaginaire de la mère avec son enfant, lors des soins, se croisant aux grandes fonctions psychologiques, lui permette d'intégrer à son image de base viscérale. Une image fonctionnelle puis érogène, lui donnant un fonctionnement autonome, De même, LAUZANNE, fait, de ce trouble de l'investissement fantasmatique du corps propre l'un des points communs aux enfants encoprésiques, le symptôme venant compenser d'une façon retardée des expériences primaires frustrantes avec la mère.

thier relève deux faits significatifs chez l'enfant

- L'inhibition motrice.
- Le bas-niveau de manifestations indirectes d'agressivité.

Il formule une nouvelle hypothèse : l'enfant n'a pas trouvé dans la motricité un moyen de décharger son agressivité et n'ayant pas, non plus, pu développer des mécanismes de défense suffisants, trouve dans l'encoprésie un moyen privilégié l'expression pulsionnelle.

On peut se demander, en relevant que l'encoprésique est avant tout un rétentionniste, ce que l'enfant, constipé chronique, qui ne connaît pas d'échecs encoprétiqes, a pu élaborer, qui manque à l'encoprésique.

Certains auteurs évoquent là, un surmoi défaillant dans un cas, ou au contraire très rigide dans l'autre.

• Masson et Pernnoud choisissent d'inscrire l'encoprésie dans l'expression symptomatique de structures variées : troubles névrotiques, réactionnels, troubles de la personnalité plus graves. Cette étude, qui passe également en revue des perturbations psycho-affectives des enfants encoprétiqes, conclut cependant à des éléments assez constants qui comprennent :

- L'inhibition importante.
- Un conflit fondamental avec la mère, marque d'une grande ambivalence.
- Une thymie dépressive.

L'observation clinique relève un fond d'inhibition, dont on peut dire qu'il traduit un aspect dépressif et d'atonie. Cet état d'inhibition est repris par les psychosomaticiens, comme un mode de lutte contre l'angoisse, tout autant que le serait un état d'excitation. Fain précise : « d'un point de vue psychanalytique, de tels états font

ique primaire total, neutralisant tout le libido et

4/ Avec le développement des psychothérapies et l'analyse de leur matériel, le sens des études va se faire de plus en plus en rapport avec une clinique analytique moins figée dans une psychologie génétique. L'intérêt est porté sur l'organisation structurale de la personnalité de l'enfant.

On serait tenté d'opposer, un peu schématiquement, deux mouvements d'idées différentes.

Nombre d'auteurs considèrent que le symptôme encoprésique est non-spécifique.

Il a bien sûr sa signification propre et son individualité qui en font une réaction originale qu'il faudra préciser, dans la part liée au plaisir de maîtrise et au plaisir de l'excitation muqueuse anale, la part de signification symbolique qui s'attache aux matières fécales ; mais c'est la structure psychique, dans laquelle il s'inscrit qui est prédominante. Telle est la démarche de l'étude de B. Cramer qui a le souci de mieux préciser l'organisation mentale de l'enfant, et à partir de là, les possibilités thérapeutiques : approche pédiatrique ou psychothérapie longue ou brève adressée à l'enfant seul ou au couple parents/ enfant.

D'un autre côté, l'investigation psycho-somatique de l'enfant avec L. Krisler, M. Fain, M. Soule, s'intéresse aux formes d'expression corporelle de la pathologie de l'enfant : troubles fonctionnels, pathologie lésionnelle, voire troubles conversionnels précoces.

Leur démarche théorique les conduit à la recherche de troubles fondamentaux du processus de mentalisation de l'enfant, participant à l'expression somatique, tels qu'ils ont été décrits par l'école psycho-somatique de paris : l'échec de la représentation de l'affect, l'échec de la fonction de représentation qui prédisposent à la désorganisation somatique.

», un chapitre est consacré à l'encoprésie et au

Les auteurs proposent une classification des enfants encoprésiques, typés plus particulièrement par rapport à l'aspect social du comportement.

Cette classification, quoique contestée, est largement utilisée pour situer rapidement un enfant. Elle comprend cinq types :

1. Type « délinquant ». L'enfant « lâche » des selles bien moulées, ouvertement, avec plaisir évident à ne pas respecter les règles.

La mentalisation est pauvre, l'agressivité n'a pas trouvé de relais avers une activité plus symbolisée. Fain écrit : « Ce sont des enfants méchants, préparant leur mauvais coup, de longue haleine ». La perversité n'est pas exclue de genre de conduite.

2. Le type « clochard ». L'enfant « laisse aller » ses selles.

La défécation se fait par débordement d'un rectum toujours plein. Dans ce type clinique on retrouve un fond familial fait d'abandon, le corps et ses productions ne semblent pas avoir été investi par la mère, les selles sont investies dans un jeu auto-érotique qui risque de persister, si l'enfant ne reçoit pas en renoncement de cette activité l'estime et les encouragements de sa mère.

3. Le type « pervers » croise celui de délinquant, l'activité intellectuelle de l'enfant étant là aussi limitée à la préméditation du mauvais coup. Elle répond à un retour à des émois pré-génitaux, par refoulement des émois génitaux. Ressentis comme trop dangereux. L'angoisse de castration a pu, en réactivant des craintes concernant le corps, renvoyer à des angoisses précoces avec une impression de perte dépersonnalisant.

4. Le type « infirme ». La fixation du stade anal a été favorisée par une affectation intestinale grave qui a gauchi les relations mère/ enfant, structurant un type

fectés par la maladie de l'enfant ont eu tendance à déjà établie avec les soins.

5. **Le type « obsédé »**. Fait en fait un type à part. là l'érotisation se sera déplacée sur les processus intellectuels et la maîtrise de la motricité.

Ces descriptions répondent, pour ces auteurs, à un point commun : le défaut de mentalisation, qui aboutit par la carence de représentation à un vide fantasmatique. : Ils caractérisent ces types cliniques par la diminution des possibilités d'interposer une activité intellectuelle entre mouvements inconscients et passages à l'acte. pour bien comprendre les mecanismes de l'encopresie et de la constipation, on doit connaitre la physiopathologie des deux :

II. La constipation

La définition de la constipation a été de nombreuses fois modifiée.

Les critères d'IOWA, ROME II, PACCT, et ROME III se sont succédés afin d'améliorer la définition, le diagnostic et la prise en charge.

Selon les critères du ROME III, la constipation se définit par la présence chez un enfant de plus de 4 ans d'au moins 2 des symptômes suivants :

- Moins de 3 selles par semaine.
- Au moins 1 épisode d'incontinence fécale par semaine.
- Une appréhension lors de la défécation ou une attitude de rétention volontaire.
- La présence de douleurs ou de difficultés à la défécation.
- Des selles palpables dans le rectum.
- Des selles volumineuses susceptibles d'obstruer les toilettes.

La fréquence des symptômes est d'au moins 1 fois par semaine, pendant une durée d'au moins 2 mois.

...r de syndrome du côlon irritable. il s'agit d'un
... se traduisant par une sensation de ballonnement
abdominal ou de douleur associée à au moins 2 des 3 critères suivants :

- Un soulagement lors de la défécation
- Un changement dans la fréquence des selles.
- Un changement dans la consistance des selles.

La fréquence des symptômes est la même que celle requise pour la constipation.

A titre informatif, d'après les recommandations de 2006 provenant de la NASPGHAN, la fréquence des selles est en moyenne de :

- 3 par jour entre 0 et 6 mois
- 2 par jour de 6 mois à 1 an
- 1,5 par jour de 1 an à 3 ans
- 1 par jour au delà de 3 ans

II.1 Constipation de cause fonctionnelle

La constipation est fonctionnelle dans 90 à 95%. Certains facteurs favorisent la constipation, d'autres permettent sa pérennisation.

II.1.a) facteurs extérieurs favorisants

Elle peut être favorisée par des facteurs extérieurs qui nuisent:

- Au péristaltisme intestinal : le manque d'activité sportive, certaines substances pharmacologiques (codéine, phénobarbital, opiacés, antidépresseurs, antiacides, anticholinergiques, antihypertenseurs) pathologie neurologique aiguë (syndrome de Guillain barré ou chronique (enfant polyhandicapé)

un régime pauvre en fibres, des apports hydriques
de la reconstitution du lait infantile, une fièvre.

II.1.b) un facteur déterminant : l'attitude de rétention

Le facteur déterminant permettant la pérennisation de la constipation est une attitude volontaire de rétention, observée chez 90% des enfants constipés.

Elle résulte de :

- Douleurs de la défécation liées à la constipation, une fissure anale, des hémorroïdes.
- Un mauvais apprentissage ou des mauvaises conditions d'apprentissage de la propreté.

La constipation apparaît donc à des étapes charnières comme :

- L'acquisition de la propreté avec les parents,
- L'entrée à l'école primaire, au collège, avec les toilettes qui ne ferment pas, sans papier...
- Voyage...

Une étude suédoise menée sur 385 enfants âgés de 6 à 16 ans a montré que 80% des ces enfants n'ont jamais utilisé les toilettes de l'école pour déféquer. Les raisons invoquées sont d'infection urinaire.

Enfin, il ne fait pas oublier les abus sexuels, sans pour autant établir un lien direct entre constipation et abus sexuel.

II.2 constipation de cause organique

La constipation est due à une cause organique dans seulement 5 à 10% des cas.

Il faut pourtant écarter de façon systématique une cause organique, afin de proposer une prise en charge adaptée en fonction de l'étiologie.

plus nombreuses que le nombre de mécanismes impliqués dans la pathogénèse.

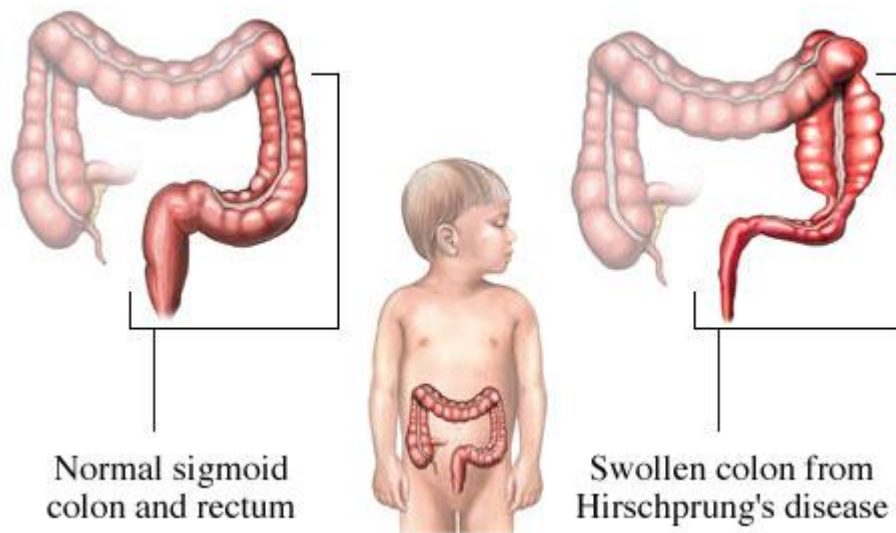
II.2.a) une atteinte musculaire

C'est-à-dire les atteintes digestives intrinsèques (myopathie digestive comme la pseudo occlusion intestinale chronique = POIC) ; les atteintes musculaires généralisées (syndrome d'Ehlers Danlos, sclérodermie, lupus, myotomie de Steinert) et les défauts de fermeture, une éviscération, un omphalocèle)

II.2.b) une atteinte neurologique

En particulier, les atteintes du système nerveux central avec les tumeurs cérébrales ou médullaires, un traumatisme médullaire, une anomalie médullaire (myéloméningocèle, spina bifida, agénésie sacrée) et les atteintes du système nerveux périphérique dans la maladie de Hirschsprung, mais aussi dans les neurodysplasies intestinales, les neuropathies digestives (POIC), la maladie de Hirschsprung.

Maladie de Hirschsprung



Hirschsprung, certaines cellules nerveuses (cellules ganglionnaires) du côlon sont manquants. Parce que les muscles de cette région ne peut se détendre, les contractions musculaires qui, normalement, pousser la nourriture et des déchets digestifs par cette partie du colon ne peut pas se produire. Sur la photo de droite montre un colon dans laquelle le rectum manque de cellules nerveuses ganglionnaires, provoquant un gonflement de la zone au-dessus.

La maladie de Hirschsprung se caractérise par une aganglionose des plexus nerveux de Meissner et d'Auer Bach, entraînant une hyperplasie des nerfs dans le territoire atteint, une absence du réflexe recto- anal inhibiteur et une inhibition des fibres musculaires lisses empêchant un bon péristaltisme. Le traitement est chirurgical. Dans 50% des cas, l'enfant souffrira encore d'encoprésie et de constipation par persistance d'une dysfonction anorectale.

II.2.c) une cause génétique

La mucoviscidose est une cause génétique de constipation.

La maladie de Hirschsprung et la mucoviscidose sont à évoquer devant un retard d'évacuation du méconium.

II.2.d) une anomalie digestive locale

C'est une étiologie plus rare dont le traitement, qui est chirurgical, est difficile. Ces anomalies sont :

- Les obstacles anatomiques intestinaux d'origine inflammatoire (séquelle de Crohn, de maladie coeliaque, et d'entérocolite névrosante) ou tumoraux
- Les prolapsus que l'on trouve souvent associés à la maladie coeliaque et la mucoviscidose
- Les sténoses ano- rectales
- Les imperforations anales

atome du sacrum)

- Une cause métabolique freinant le péristaltisme, comme l'hypothyroïdie, l'hyperparathyroïdie, l'hypomagnésémie familiale, l'hypokaliémie, l'hypercalcémie, le rachitisme.

II.2.e) autres

Enfin, la constipation peut être secondaire à une intoxication au plomb, à la vitamine D, au botulisme et à une intolérance aux protéines de lait de vache.

II.3) l'interrogation et l'examen clinique suffisent au diagnostic

L'interrogatoire et l'examen clinique semblent, d'après la NASPGHAN et selon d'autres auteurs, suffisants en première intention, pour écarter une cause organique. Le niveau de preuve de cette affirmation est de III.

Pour cela il faut rechercher à l'interrogatoire, la notion d'un retard d'évacuation du méconium, d'une constipation primaire ou ayant commencé avant l'âge de 18 mois, d'une constipation sévère ne répondant pas au traitement, de selles rubanées (sténose anale).

L'examen clinique, quant à lui, va permettre de rechercher des signes cliniques évoquant une cause organique.

- Une cassure de courbe de croissance.
- Une distension abdominale ou un syndrome sub-occlusif.
- Une débâcle au toucher rectal
- On recherche également au toucher rectal : une atonie, une masse, du sang.

La NASPGHAN et certains auteurs, comme *Philichi*, préconisent la réalisation d'une hémoculture à la recherche de sang devant des antécédents familiaux de polypes ou cancer colorectal, un syndrome sub-occlusif, une cassure de courbe de croissance.

anus, un prolapsus

- Une agénésie du sacrum (côsses plates, absence d'incurvation lombosacrée), une ligne pigmentée le long de la colonne, une mèche de poils en regard du sacrum, une absence de réflexes crémastériens, une absence ou délai dans le relâchement des réflexes ostéo-tendineux, faisant évoquer une anomalie de la moelle épinière
- Une anomalie de position de l'anus, atonie anale.

L'examen clinique va aussi apporter des arguments en faveur d'une constipation fonctionnelle.

L'examen clinique permet aussi de rechercher les complications liées à la constipation:

Fissure, rectorragie, fistule, hémorroïdes, anite, encoprésie.

II.4) L'encoprésie, une complication de la constipation

II.4.a) de la constipation à l'encoprésie :

La constipation et ses complications peuvent engendrer des douleurs lors de la défécation.

Selon un article écrit par *Philichi*, 63% des enfants souffrant d'encoprésie souffrent de douleur à la défécation avant l'âge de 36 mois.

Face à la douleur, l'enfant risque de se tenir en contractant volontairement son sphincter anal externe, ses muscles releveurs de l'anus.

Les selles vont devenir de plus en plus volumineuses et solides, par accumulation dans le rectum et absorption de l'eau

La douleur à la défécation va se pérenniser et l'enfant va adopter, de façon répétée, une attitude de rétention.

de rétention est retrouvée chez 90 à 100% des
nt ignorée des parents

La constipation va devenir chronique et se compliquer de douleurs abdominales, fissures, rectorragies, fistules, anite, prolapsus par efforts de poussée et contraction volontaire de sphincter externe lors de la défécation. Ces complications sont également à l'origine de douleurs, avec donc un risque de rétention volontaire de la part de l'enfant.

L'accumulation de selles dans le rectum va, avec le temps, former un fécalome. Celui-ci va distendre l'ampoule rectale et augmenter sa compliance. Ceci aboutit à une incompétence fonctionnelle du système de défécation par perte de la sensation de besoin, diminution du seuil du réflexe recto anal inhibiteur, et incapacité de fermeture du sphincter externe.

Le fécalome, en grossissant, va aboutir à un entrebâillement du sphincter externe.

L'enfant devient dans l'impossibilité d'assurer une continence anale. Les selles molles se trouvant en amont du fécalome passent de part et d'autre de celui-ci et ne sont plus stoppées par le sphincter anal externe. L'enfant présente alors des fuites involontaires de selles. C'est le stade d'encoprésie qui se définit par une émission volontaire ou involontaire de selles, dans un milieu inapproprié, chez un enfant de plus de 4 ans.

La fréquence des fuites doit être d'au moins 1 fois par mois, durant une période d'au moins 2 mois.

L'encoprésie sur constipation est le cas le plus fréquent. Selon Van Djik, dans 80% des cas, l'enfant présente une encoprésie sur constipation. Selon le compte-rendu du 26^{ème} congrès francophone de 2006, dans 70 à 90% des cas, une constipation est associée.

liée à une cause psychiatrique ou malformative
llaires, malformations ano-rectales.

L'encoprésie chronique est à l'origine de complications organiques, psychologiques et sociales.

II.4.b) complications organiques

Une encoprésie chronique engendre une atteinte colique distale du fait de la distension intestinale. Cette atteinte motrice peut, avec le temps, devenir irréversible (mégacôlon fonctionnel) si le calibre rectal ne peut plus redevenir normal, avec des conséquences sur le bon fonctionnement du système de défécation.

Il existe également un risque non négligeable de dyssynergie recto anale (50% des cas), c'est-à-dire un défaut de coordination entre le sphincter interne et externe et les contractions abdominales, responsable de douleurs abdominales. Selon Van Djik, il s'agit d'un facteur prédictif de guérison difficile et de rechute.

Le fécalome peut entraîner un étirement de l'urètre et des irrégularités de la paroi vésicale, responsables d'une mauvaise vidange de la vessie, ce qui entraîne un risque d'infections urinaires basses et hautes (retrouvées chez 30% des enfants constipés), d'énurésie (retrouvée chez 30% également des enfants constipés), d'urétéro-hydronéphrose unilatérale et le plus souvent bilatérale. Une urographie intraveineuse est recommandée dès que la constipation entraîne un retentissement sur l'appareil urinaire. le produit de contraste va mettre en évidence, de façon dynamique, le trajet des urines du rein vers la vessie, pour écarter les anomalies ci-dessus.

II.4.c) complications psychologiques et sociales :

Le dysfonctionnement de cette partie intime du corps a un impact sur la construction de l'image du corps. Du fait de la dépendance et l'exposition de cette partie intime de son corps, l'enfant ne peut l'investir pleinement, ce qui engendre une perte de l'estime de soi, avec des difficultés à évoluer dans son environnement et à

alors sujet à l'anxiété, la dépression, les conduites
de dépendance vis-à-vis de ses parents. Tout ceci
risque de permettre la pérennisation des symptômes, d'autant plus que l'enfant peut
essayer de marquer son opposition en refusant les soins.

Pour les parents, l'annonce de la maladie crée une blessure narcissique avec, à la
clé, une désorganisation de la structure familiale. D'autant plus si les parents n'ont pas
conscience que l'encoprésie sur constipation est involontaire. Les parents ont
également un rôle délicat, car ils prennent une part très active dans la délivrance des
soins.

L'encoprésie, tout comme l'énurésie, constitue un obstacle à l'intégration
sociale.

Mais l'énurésie est plutôt ressentie comme une protestation, alors que
l'encoprésie inculque les sentiments d'impuissance, d'angoisse, et d'insécurité.

La guérison a donc plusieurs enjeux : retrouver l'estime de soi en se
réappropriant son corps, préserver les relations intrafamiliales, favoriser l'intégration
sociale.

II.4.d) place des examens complémentaires :

A ce jour, selon les différentes sources scientifiques, aucun examen n'est
nécessaire en première intention sauf si :

- Il existe un retard à l'évacuation du méconium, très évocateur d'une maladie
de hirschsprung ou d'une mucoviscidose (test à la sueur),
- Il existe des signes cliniques en faveur d'une étiologie organique,
- Il existe une encoprésie sur constipation rebelle malgré un traitement bien
conduit.

man, sur 20 ans, les examens complémentaires

- La radiographie d'abdomen sans préparation.

C'est l'examen complémentaire le plus utilisé, mais son intérêt est limité.

En effet, elle est indiquée chez l'enfant en cas d'échec d'un traitement à priori bien conduit, pour mettre en évidence une distension colique, un rectum non aéré, une anomalie du sacrum en faveur d'une pathologie organique ou confirmer la présence d'un fécalome, afin de sensibiliser et éduquer l'enfant et ses parents.

Chez le nourrisson, elle peut être utilisée pour écarter des signes radiologiques en faveur d'une maladie de Hirschsprung, comme une distension colique, un rectum non aéré. Mais la manométrie rectale, et surtout la biopsie, sont plus spécifiques

- La manométrie rectale.

Cet examen consiste à mettre en place 3 capteurs (dont un proximal et un distal) et un ballon de distension dans le rectum. Le but est d'évaluer la compliance rectale (rapport entre une variation de pression), le seuil de sensibilité consciente de plénitude rectale, seuil du réflexe recto - anal (absent dans la maladie de Hirschsprung et dans la POIC, donc il n'y a pas d'encoprésie associée) et le seuil du réflexe recto - anal inhibiteur.

- La biopsie rectale.

Elle permet de confirmer le diagnostic de la maladie de Hirschsprung (niveau de preuve à II-1 en mettant en évidence une aganglionose des plexus des plexus de Meissner et d'auebach avec hyperplasie des nerfs. L'atteinte est d'emblée maximale. Elle est plus ou moins étendue, d'un sujet atteint à un autre, de la partie distale vers la partie proximale du côlon.

Il permet ainsi de préciser l'étendue de l'atteinte. Le but est d'injecter par voie rectale une substance radio opaque mettant en évidence sur des clichés radiologiques la partie sus-jacente saine et dilatée, la partie sous-jacente à ganglionnaire et rétrécie, un entonnoir transitionnel.

➤ Des tests biologiques

Ils permettent d'écarter les principales causes métaboliques (TSH, T4, calcémie, plombémie) et la maladie coeliaque.

➤ Le transit des marqueurs radio - opaques

Pour réaliser un transit des marqueurs radio - opaques (niveau de preuve à II-2, le patient ingère des marqueurs radio - opaques et une radiologie d'abdomen sans préparation (ASP) est réalisée à 7 jours. Selon la localisation des marqueurs, on distingue une constipation terminale d'une constipation proximale (constipation de transit), La prise en charge est différente dans chacun des 2 cas.

Cet examen est peu utilisé, d'autant plus qu'à l'ASP, la présence d'un fécalome permet de porter le diagnostic de constipation terminale.

LE VECU DU SYMPTOME

L'encoprésie provoque. Elle sollicite, plus que d'autres troubles, un premier mouvement contre –transférentiel négatif. Ainsi, lorsque nous avons au hasard de rencontres sollicités avec nos confrères psychiatres sur leurs impressions cliniques concernant ces enfants, nous avons noté, venant en quelque sorte en préambule, une réaction souvent vive et immédiate reprenant trivialement quelque usage symbolique langagier des matières fécales, de la défécation.

La classification de FAIN, quelque soit sa valeur, par le choix un peu forcé de ses dénominations de type cliniques, nous semble encore témoigner de ces relents de rejet

ie. Les fantasmes d'enfants fous ou imbéciles ont
ement réactualisés- par ceux de « délinquant »,
« clochard », « pervers », porteurs de préjugés pronostics discutables.

L'étude du devenir de ces enfants menée en 1969, LAUZANNE ne confirme pas
cette évolution.

**1. Nous soulignerons, pour tenter de mieux spécifier l'ambiance de la
consultation ; deux remarques :**

- L'encoprésie est un symptôme diurne, la nuit lorsque l'enfant n'est pas censé
se contrôler il «contrôle» alors ses sphincters. Voilà qui met en relief toute la
valeur relationnelle mais aussi intentionnelle du symptôme. Cette dimension
agressive du symptôme, les parents en auront pris conscience à un moment
ou à un autre, d'autant que l'expérience leur montre, par exemple à
l'occasion d'un éloignement du milieu familial, que l'enfant peut acquérir
une discipline sphinctérienne.
- L'encoprésie va mobiliser chez les parents, leurs propres conflits face à
l'analité, les formations réactionnelles mises en place.
- Ces deux significations du symptôme. Plus ou moins consciemment perçues,
agressivité et auto-érotisme, de par ce qu'elles mobilisent, vont participer à
un climat particulier des premières consultations. Violence « étouffée du
discours des parents, violence tout aussi dissimulée du discours de l'enfant :
« Je n'ai pas fait exprès ». malaise du thérapeute face à ses propres irrutions
pulsionnelles.

L'enfant est donc amené à la consultation parce qu'il se souille ».

En fait d'autres motifs ont souvent motivé cette démarche, et l'on apprendra, en
second lieu, que l'enfant est encoprétique. D'autre part, lorsqu'il arrive à la
consultation, il a, derrière lui, un long passé d'encoprésie et l'on peut penser que si ce

pu être toléré qu'au prix de réaménagements : de les interactions multiples avec le milieu sont intervenus dans la chronicisation du symptôme. Les thérapeutes systémiciens l'ont bien perçu qui peuvent proposer un premier temps de thérapie familiale. M. Selvini rapporte ainsi le cas d'Ugo dans : « Paradoxe et contre-paradoxe ».

C'est, de toutes les symptomatologies rapportées en consultation, celui qui provoque le plus de réactions parentales d'abord, scolaires ensuite.

2. La réaction de la famille au symptôme est variable.

Les conséquences relationnelles du symptôme font qu'elle n'est pas indifférente, mais affiche tolérance ou répugnance. Les parents vont se montrer anxieux, plus ou moins gênés, culpabilisés, ou bien réclament des investigations exploratoires, dans un mouvement de déni de l'aspect psychologique du symptôme de leur enfant.

Les pratiques de la famille qui entoure l'encoprésie, pratiques de surveillance et de sanctions sont souvent révélatrices. Ainsi, ces mères qui 'attendent et contrôlent les slips de leur enfant, créant entre elle et lui, une sorte de complicité inconscience et, à l'opposé, les sévices, 'tout a été tentée', de la violence physique à l'humiliation.

On se souvient là de madame LEPIC, mère très particulièrement attentionnée à son fils, poil de carotte. 'Une nuit, il a trop attendu...Il espérait, au moyen de tortillements gradués, calmer le malaise... Il a fait. Le lendemain, on lui apporte une soupe soignée, ou Mme LEPIC en a délayé un peu, oh ! Très peu. A son chevet, grand frère Félix et sœur Ernestine... enfin, Mme LEPIC, avec un dernier regard aux aînés comme pour leur demander 'y êtes-vous', lève lentement la cuillère, l'enfance jusqu'à la gorge, dans la bouche grande ouverte de pil de carotte, le bourre, la gave et lui dit d'une voix goguenarde et dégoûté : « Ah ! ma petite salissure, tu en as mangé, et de la tienne encore, de celle d'hier ». Sadisme et humiliation.

écouter plus précisément comment le symptôme a
on note que c'est le plus souvent la mère qui parle la
première du symptôme.

- Elle paraît plus touchée dans sa fonction éducative accuse l'enfant ou l'excuse,
« il ne peut pas se tenir, il ne sent pas ».
- Le père serait attentif au travail interne de son enfant et à son résultat.
L'attitude des pères, leur inquiétude déraisonnée pour la constipation de leur
enfant, leur participation à la surveillance des selles, est souvent évocatrice
d'une forme associant un mélange fonctionnel.

3. La réaction de l'enfant est aussi variable. Bien souvent, l'enfant n'en parle pas, voire manifeste une opposition hostile

Si on l'aborde avec lui. Il semble indifférent à son symptôme et ne signale pas le
plus souvent à sa mère l'accident encoprésique, l'entourage interviendra alerté par
l'odeur. D'autres enfants se montrent culpabilisés, honteux certains satisfaits comme
dans le type « pervers ».

Quand l'enfant en parle, il s'agit le plus souvent d'encoprésie réactionnelle, de
signification plus évidente. L'enfant formule bien que c'est alors à la naissance d'un
puîné « pour faire comme le petit frère », à l'entrée à l'école « pour revenir à la
maison ». Un autre enfant qui parle facilement de son encoprésie est l'enfant de type «
infirmes », mais l'atmosphère est là, différente.

4. L'encoprésie est un symptôme diurne.

- L'enfant salit rarement la nuit (certains invoquant, pour expliquer la conscience
nocturne, la stagnation, la nuit, des selles dans le colon droit), aussi, lorsque cela se
produit, on peut supposer, comme le remarque vidailhet, que cela se passe alors que
l'enfant est éveillé et non pendant son sommeil. On retrouve chez « l'homme aux
loups, vers 3ans et demi, un période d'encoprésie nocturne que FREUD interprète

opposition à la gouvernante qu'il n'aime pas, ambre que lui.

Le caractère diure met en relief le caractère, plus ou moins involontaire de l'encoprésie. CRAMER différencie :

- Le comportement volontaire de l'enfant qui s'oppose à l'apprentissage de la propreté et par là à ses parents il s'agit, le plus souvent, d'encoprésie primaire de l'enfant jeune qui évacue volontairement une selle complète.
- Un comportement mixte. L'enfant se retient par jeu auto-érotique. La défécation lui échappe « accidentellement », mais l'accident se répète.
- L'aspect involontaire de l'encoprésie chez les enfants encoprésiques secondaires qui évacuent une selle par déplacement fécal, ne vidant pas le rectum.
- Mais quoiqu'il en soit, que la défécation soit plus ou moins volontaire, son déterminisme n'en reste pas moins inconscient.
- Au caractère diurne est rattachée, dans le discours familial, la signification plus nettement agressive du symptôme.

5. La fréquence et le lieu de la défécation varient :

- Le symptôme survient de préférence à la maison, mais d'autres lieux sont « privilégiés ». Quel qu'il soit ce qui frappe est la constance des circonstances qui vont entourer l'encoprésie : « toujours à la maison ... ou toujours à l'école ... ou jamais à l'extérieur... ».

Certaines encoprésies ont des caractères bien particuliers, notamment le lieu où elles se déroulent, dans l'isolement, dans la chambre de l'enfant. FAIN en fait des encoprésies de type « pervers » où c'est la retenue érotisée des excréments qui est le phénomène essentiel, l'évacuation survenant par défaillance sphinctérienne. Le lieu de

particulière : la chambre comprend un mélange
s possible, contrairement aux W.C privés.

- L'aspect public rappelle la période où l'enfant pouvait se retenir et déféquer en public.
- L'isolement pourrait être rattaché au souvenir d'une activité génitale masturbatoire.
- L'encoprésie peut être intermittente.

Le symptôme va connaître des oscillations, l'enfant peut être propre, notamment lors d'éloignement prolongé du milieu familial, comme lors de vacances. De même l'hospitalisation (ayant valeur d'isolement) a été longtemps préconisée, permettant la disparition du symptôme. Mais le résultat ne peut être apprécié de la même façon et il nous semble important de ne pas assimiler trop vite ces deux genres d séparation. Dans un cas, induite par une visée éducative, c'est la socialisation de l'enfant en période de latences qui conduit à des placements comme les colonies de vacances ; alors que retirer l'enfant de sa famille pour raison médicale est une décision fond mentalement différente. Cette « parentoctomie », comme le note FAIN, constitue plus souvent un déni portant sur la perception de la souffrance de l'enfant, déni d'autant plus complexe qu'il s'appuie sur cette observation de la disparition fréquente du symptôme lors de séparation. On peut se demander, lors de ces hospitalisations, si c'est bien une disparition du symptôme que l'on obtient ; car bien souvent, si l'aspect le plus voyant « il se souille » disparaît, c'est au prix d'une aggravation considérable de la constipation. Cet enfant souvent dépendant, ne vit pas la séparation sans angoisse.

6. La description du vécu de la défécation par l'enfant oscille entre deux perceptions :

L'enfant qui éprouve du plaisir à se retenir, l'enfant qui semble avoir perdu la sensation de besoin.

asturbation anale est fréquente.

« Il existe / ou 8 fois sur 10 un véritable comportement encopréatique : l'enfant s'isole hors de la vue de l'adulte, s'accroupit, puis s'adonne à son plaisir, avec une satisfaction auto-érotique évidente ».

Ce comportement de retenue érotisée est également décrit par FREUD dans les « trois essais sur la théorie de la sexualité » qui conclut, notamment: l'éducateur ne se trompe pas, lorsqu'il appelle les enfants qui se retiennent des petits polissons ».

Cette rétention active érotisée est suivie d'une évacuation par défaillance des sphincters, ce qui n'exclut pas une course vers les toilettes dans une tentative de tester dans la norme, ou bien l'évacuation se fera lors d'une activité musculaire plus intense « dans le feu de l'action ». Nous en avons, dans poil de carotte, une description évocatrice : « brusquement, il s'éveille et écoute son ventre. Oh! Oh ! dit-il- ça se gâte ! Tout à l'heure, il se croyait quitte, c'était trop de peine, il a pêché par paresse hier soir, sa vraie punition approch...

Toutes ses forces s'usent à retarder le désastre. Bientôt, une douleur suprême met poil de carotte e, danse. Il se cogne au mur et rebondit. Il se cogne au fer du lit. Il se cogne à la chaise, il se cogne à la cheminée, dont il lève violemment le tablier et il s'abat entre les chenêts, tordu, vaincu, heureux d'un bonheur absolu ».

b/ L'autre tableau est la dyschésie anale.

L'absence de sensation de besoin attire plus nettement l'attention sur sa nature de trouble fonctionnel. Une partie de son corps dans ses références sensorielles et de fonctionnement est invalidé. Il y a une faille dans sa perception de lui-même, sentant, ayant des besoins, y satisfaisant. Nous reviendrons sur cette discontinuité dans le vécu corporel.

La référence sensorielle interne a disparu (et au niveau physiologique, c'est la dyschésie, un émoussement de la sensibilité rectale, lié à la surtention permanente des

erne est là : « Les selles dans la culotte » qui, en faisant à ce compromis entre le dehors et le dedans où la culotte joue le même, pourrait-on dire, d'une seconde enveloppe corporelle. Un autre aspect barré au niveau sensoriel semble être l'odeur, tout au moins peut-on dire qu'il n'y associe pas « ça sent mauvais ».

Mais c'est l'odeur qui va alerter l'entourage, tout comme lorsqu'il était nourrisson.

Il est curieux de constater, bien souvent, chez ces enfants qui présentent une véritable phobie de la défécation, qu'ils évitent également des positions qui pourraient favoriser l'évacuation, comme la position accroupie. De même, ils s'évitent soigneusement les activités musculaires violentes qui pourraient relâcher leur maîtrise.

III.L'Age

1. L'encoprésie ne s'observe qu'à un âge déterminé :

- Après l'acquisition de la maîtrise sphinctérienne.
- Avant la puberté.

Tous les autres s'accordent, depuis LUQUET, pour porter la limite d'âge d'acquisition définitive de la propreté à trois ans.

Les américains préfèrent ne parler d'encoprésie qu'après 4 ans, comme en témoigne l'article de FICHER dans un récent traité Américain de psychiatrie de l'enfant.

- Si l'on ne parle, en moyenne, d'encoprésie, qu'au-delà de trois ans, l'expectative moyenne du contrôle sphinctérien est attendue plus tôt, vers deux ans.

F. Dolto est plus précise :

- Entre 22- 25- 27 mois pour le garçon.

le.

Elle relie cette différence à l'indépendance plus importante de l'appareil excrémentiel et de l'appareil génital chez la fille.

Une double étude de Hallgren sur le double contrôle sphinctérien urinaire et intestinal de l'enfant, montre que les filles acquièrent plus rapidement que les garçons ce double contrôle.

Des attitudes, cependant très différentes, sont à noter selon les variations culturelles :

- De l'apprentissage coercitif, dès 2-3mois, avec attente d'un résultat à 6mois, dans certaines populations. On peut remarquer qu'on a aussi, en France ; entendu à une certaine époque, les puéricultrices dans les pouponnières se vanter d'obtenir une propreté réflexe très tôt dès les premiers mois. Mais cette propreté sera, dans un second temps, perdu.
- A un apprentissage venant après l'acquisition de la marche avec une atteinte de la maîtrise vers six ans.
 - L'évolution de ce symptôme est bien connue sur le plan somatique : l'encoprésie tend à diminuer et la disparaître spontanément avec les remaniements de la puberté ou peu après.
 - L'étude de Bellmann retrouve seulement deux cas où le symptôme a été retrouvé après la puberté, mais il s'agissait de récurrence passagère.
 - K. Lauzanne, dans son étude rétrospective, signale un cas d'encoprésie qui se maintient à 19ans.
 - Cette évolution spontanée, si ce n'était le gêne qu'occasionne le symptôme pour l'entourage, pourrait aussi bien amener parents et praticiens à temporiser.

d'évitement peu satisfaisable, le symptôme parce que la relation directe de l'érotisme anal nous interroge également sur tout ce qui lui est concomitant d'investissement et de contre-investissement de cette zone érogène anale, et sur leur devenir après la disparition, du symptôme. Il n'est pas sûr, bien au contraire, ainsi que le conclut lauzanne dans son enquête rétrospective, que la disparition du symptôme signifie la liquidation des éléments de régression ou de fixation anale qui ont été observé à l'occasion de cette conduite. Tout au plus peut-on parler de « cicatrisation », plutôt que de guérison.

- Il est intéressant de noter que l'autre versant du trouble de la défécation, le mégacolon fonctionnel, va évoluer dans un sens similaire qu'il soit ou non associé à une encoprésie. Le transit intestinal, d'une manière générale, a tendance à s'améliorer vers la période de la puberté et l'adolescence.

2. Le moment ou l'encoprésie se manifeste va lui donner un cachet particulier, autant dans son aspect clinique que dans son déterminisme.

- En cas d'association encoprésie / mégacolon fonctionnel, le mégacolon fonctionnel a pu apparaître bien avant que s'installe l'encoprésie, avant la maîtrise sphinctérienne de la propreté ou beaucoup plus tardivement, après l'acquisition de cette maîtrise. Soule observe des mégacolons fonctionnels chez l'enfant depuis l'âge de 3 à 6 mois jusqu'à l'âge
- L'étude de Bellman note que la fréquence de l'apparition de l'encoprésie diminue en moyen après 8 ans.
- L'encoprésie secondaire, qui apparaît donc après une période plus ou moins longue, selon les auteurs, d'acquisition de la propreté, s'observe un pic de fréquence à 4 ans et à 6 ans.

OLTO, « l'enfant notamment le garçon, qui jouit dans sa valeur érotique pénienne et de l'image fonctionnelle ano-urétrale de l'excréméntation et qui s'y narcisse, est éveillé à la conscience d'une différence des sexes ». A cette étape, que F. Dolto appelle la constriction primaire (non encore oedipienne), si l'enfant ne ressent pas son appartenance à son sexe comme valorisante, il peut retourner au plaisir des fonctionnements de besoin comme dans l'encoprésie.

- 6ans- A cet âge, après s'être confronté à l'oédipe, l'enfant entre dans la période de latence. A ce moment, on décrit chez l'enfant un mouvement régressif au cours duquel il redéveloppe un certain érotisme anal. Pour FAIN « l'existence de cet érotisme localisé permet à la pesée d'emprunter une voie sublimée, sans être parasitée par un symbolisme anal trop accentué ». Mais si l'enfant reste fixe aux objets oedipiens, s'il n'y a pas eu de castration symbolique, il peut régresser à une image de type uréthro-ale de sa sexualité, au plaisir partiel de la jouissance immédiate du corps comme dans l'encoprésie.

IV. Le sexe

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître une nette prédominance chez les garçons, ce que LAUZANE formulait récemment de manière dynamique : «La rétention connaît moins d'échecs encoprétiqes chez les filles que chez les garçons». Formulation certes, mais les pédiatres reconnaissent aussi une nette prédominance chez les garçons, de constipation précoce. Peut-être faut-il alors envisager, d'une manière plus générale, que les troubles liés au dysfonctionnement de la défécation, quel que soit leur versant clinique, se rencontrent plutôt chez le garçon.

En ce qui concerne l'encoprésie nous ne retiendrons qu'un résultat, celui de Bellman, dont l'étude recoupe des données des autres auteurs :

apports de 3.4 garçons pour 14 filles

Il est intéressant de noter, parallèlement, (quelle que soit l'interprétation qu'on en donne) qu'en psychiatrie de l'enfant consultent en moyenne 2 garçons pour 1 fille.

De même, F. DOLTO, dans sa présentation des troubles de l'image du corps chez l'enfant, remarque une majorité de ces troubles chez les garçons.

On peut penser que ce n'est pas un hasard, car les troubles de l'image du corps, support de narcissisme de l'enfant, ne sont pas les mêmes chez les garçons et les filles du fait d'un narcissisme différent.

A partir de la reconnaissance de son corps comme sexué, les différences de construction narcissiques entre garçons et filles vont devenir plus nettes et avec l'oedipe, l'image du corps va s'ordonner en éthique érotique autour de la génitalité. Les images du corps vont être alors opposées chez le garçon et la fille.

La loi introuvable pour le garçon, va imposer un bouleversement plus radical de son image du corps. « La première identification à la mère pour modèles. Au décours des castrations successives, les garçons se séparent de leur alter ego premier aimé, désiré dans les pulsions féminines de la mère. Les filles retrouvent en elles-mêmes, ce qu'elles quittent, le pouvoir féminin de leurs pulsions passives représentées dans la mère et les femmes », écrit F. DOLTO.

Le registre anal semble alors une voie d'expression privilégiée pour l'enfant, d'une problématique identificatoire, de son angoisse de castration, ainsi que la note FREUD, si l'opposition masculine- féminine ne figure pas encore à ce stade, elle est cependant déjà là dans l'opposition actif-passif ; et les significations symboliques des fèces dans toutes leurs équations, vont trouver tout leur valeur d'expression devant des angoisses de castration renvoyant à des angoisses plus archaïques, concernant l'intégrité corporelle.

secondaires.

Il est classique, depuis ANTHONY, de distinguer entre :

- Encoprésie primaire : au-delà de trois ans, l'enfant n'a pas acquis la propreté sphinctérienne.
- Encoprésie secondaire : Le symptôme encoprésique survient après que l'enfant ait acquis un contrôle sphinctérien conforme, mais qui peut être imparfait plus souvent qu'on ne le croit (30% des cas selon K.LAUZANNE et M.SOULE).

On arrive, en moyenne, à une répartition à peu près égale entre encoprésies primaires et secondaires, avec des variations faisant intervenir le recrutement plutôt prés -scolaire ou scolaire des consultations ou l'intervalle libre requis pour parler d'encoprésie secondaire. Cette comparaison établie sur une consultation de pédo - psychiatrie, il serait sans doute intéressant de savoir si les pédiatres rencontrent eux - aussi, autant de formes primaires que secondaires. On peut supposer toutefois que les formes secondaires réactionnelles arrivent moins souvent à la consultation de pédo - psychiatrie. Nous gardons des réserves quant à la nature vraiment secondaires des encoprésies très précoces, lorsque la propreté a été acquise avant un an du fait d'un apprentissage coercitif, et perdue avant 3ans. On peut supposer qu'avec une certaine évolution dans le domaine des pratiques d'éducation sphinctérienne, ces encoprésies secondaires précoces vont être moins fréquentes.

- la distinction entre encoprésie primaire et secondaire suggère, pour certains, des modes d'organisation psychique différents.

La description d'ANTHONY est, dans ce sens, caricaturale, comme nous l'avons déjà vu. L'enfant encoprésique primaire est un enfant sale, venant d'une famille négligée ; l'enfant encoprésique secondaire est un enfant tout en formation réactionnelle, venant d'une famille rigide.

ment pas ces corrélations. Plus structuration
forme primaire et secondaire évoque une position
formelle. Les auteurs, tels DUHAMEL et DEBRAY-RITZEN, retrouvent cependant
dans les encoprésies liées à une fixation infantile et à des carences, plutôt des types
primaires ; et dans les encoprésies rapportées à un type passif infantile ou un type
agressif, des encoprésies de type secondaire.

CRAMER, qui s'éloigne de toute typologie, remet en cause tous les préjugés qui
s'attachent à ce type primaire et secondaire, notamment l'idée d'un pronostic péjoratif,
dans les encoprésies de type primaire.

Il axera sa recherche, sur le rôle de l'activité parentale (fantasmatique ou réelle),
la nature du conflit et du processus régressif menant à l'encoprésie et la nature des
fixations prégénitales.

Toutefois, il note l'aspect plus intentionnel des encoprésies primaires, au service
d'une opposition aux parents et à l'apprentissage sphinctérien. La défécation
involontaire est celle des encoprésies secondaires de l'enfant de latence.

Il observe une proportion égale de troubles graves de la personnalité et de
troubles névrotiques entre les formes primaires et secondaires. Toutefois, dans les
troubles névrotiques, on retrouve un plus grand nombre de types 'conversationnels'
dans les formes primaires et types 'obsessionnels' dans les formes secondaires.

Pour K.LAUZANNE, l'enfant encoprétique primaire a, le plus souvent de longue
date, présenté un refus d'exonère dans son pot, qu'il s'agisse d'une opposition active
ou d'une véritable phobie de la défécation, renvoyant à des angoisses archaïques ou le
besoin de déféquer est vécu comme persécutoire par l'enfant. L'enfant encoprétique
secondaire, à l'occasion d'un événement qui réactualise quelque chose de l'ordre de la
perte, présente un épisode de régression libidinale, qui s'il se maintient recouvre alors
les modalités de l'encoprésie primaire.

- Signalée d'abord par MARFAN, comme une association signant la gravité de la symptomatologie organique sous-jacente, cette association a ensuite été couramment reconnue, jusqu'à en faire, pendant longtemps, l'association la plus fréquente.

Les termes énurésie- encoprésie, construit analogiquement, évoquent déjà cette association de désordres sphinctériens, d'un 'trop peu' de contrôle sphinctérien. Ces deux maîtrises sphinctériennes que l'enfant aura à acquérir, possèdent des caractères communs dont le parallèle nous paraît intéressant :

- Etapes du développement psychomoteur, elles sont dépendantes dans leur mise en place d'une maturation neuro - physiologique, où le contrôle vésical est plus tardif que le contrôle sphinctérien anal
- Etapes de développement socio - affectif, elles font l'objet d'un apprentissage conditionné par des mesures éducatives.
- Etapes du développement libidinal, elles correspondent aux éveils des zones érogènes successivement vécues, du stade anal et du stade urétral.

Si l'énurésie a une incidence beaucoup plus importante que celle de l'encoprésie, elle est aussi plus fréquente chez le garçon. BELMANN note l'association avec l'énurésie dans une proportion significative.

ANTHONY en fera un élément pertinent de sa classification. Il propose de différencier dans les deux groupes d'encopries et secondaires, des formes associées à l'énurésie, des formes non- associées à l'énurésie.

La plupart des études s'accordent à reconnaître cette association dans la moitié des cas, un tiers à deux tiers selon LAUZANNE, deux-tiers selon ANTHONY.

Encoprésie primaire et encoprésie secondaire s'associent différemment à l'énurésie : l'encoprésie primaire est fréquemment et plus souvent que l'encoprésie

Il s'agit alors d'énurésie primaire. L'encoprésie primaire ou secondaire.

- Des rapprochements apparaissent dans leurs conceptions étio- pathogéniques :
 - Pour DUHAMEL, comme pour DEBRAY-RYTZEN, certaines encoprésies secondaires répondent aux même mécanismes que les énurésies secondaires, l'enfant réagit par une régression infantile à un événement pénible (naissance d'un puîné, séparation, entrée à l'école), mais en cas d'encoprésie cette manifestation signe un trouble plus profond.
 - DUCHE, dans son article 'manifestations ectopiques de la génitalité', établit un parallèle entre l'encoprésie rétentive volontaire et consciente 'qui finit par passer, quand la contention n'est plus possible', et l'énurésie diurne où l'enfant se retient et n'urine qu'à la dernière extrémité. Ces deux pathologies qui sont la poursuite de jeux mictionnels et fécaux à un âge avancé, sont interprétés comme des pratiques de masturbation. Il s'agit de cas particuliers d'association à une énurésie diurne, moins fréquente que l'énurésie nocturne. Cette association est cependant assez fréquemment notée par ELIER.
 - On notera l'évolution similaire de ces deux symptomatologies qui disparaissent au moment de la puberté.
 - Des divergences sont aussi soulignées entre encoprésie et énurésie.
 - L'encoprésie est un symptôme diurne, ce qui lui confère une valeur plus nettement intentionnelle et relationnelle.
 - L'enfant énurétique 'ne se laisse pas couler 'à l'état de veille, quand le contrôle peut être vigile.
 - L'encoprésie et l'énurésie évoluent indépendamment, n'apparaissent ni ne se résolvent au même moment.

les apportées par l'enfant aux matières fécales et à
x mêmes équations. Du fait de sa matérialité, les
matières fécales vont être associées par l'imaginaire de l'enfant à des
significations variées, dont l'équation soulignée par FREUD : sein/bébé/pénis.

CONSTIPATION ET ENCOPRESIE :

La conduite encopétique suppose que l'enfant se retienne un moment de
satisfaire son besoin. le premier temps est la rétention puis la dialectique entre
rétention et expulsion va organiser le symptôme d'une manière ou d'une autre, qui
peut venir y superposer une constipation.

Ce qui nous intéresse là, est la participation de la même dynamique à la
constipation et à l'encopresie. On peut les voir comme deux versants cliniques d'un
même dysfonctionnement de la défécation: la rétention.

La compréhension de l'encopresie devra rendre compte autant de la rétention que
la souillure, qui réalise sous forme de défécation dans la culotte un compromis actif
entre rétention et évacuation.

La rétentionniste chez l'enfant encoprétiq ue a été reconnu assez tard.

- Les études en pédo-psychiatrie font état d'un nombre insuffisant
d'examens clinique pouvant compte de la rétention, si bien que le versant
dynamique rétentif du symptôme n'a été reconnu qu'assez tard.
- Portant, des 1905, les travaux de S. FREUD sur la sexualité infantile
montraient comment au stade anal, la région anale devient érogène, avec
la rétention comme de plaisir libidinal. Et, antérieurement, an 1894, la
littérature, ainsi que nous l'avons vu avec POIL de CAROTTE de Jules
RENARD, lui – même encoprésique, en donnait une description
saisissante.

littérature analytique : « l'homme aux loups »

Il souffrait d'une constipation opiniâtre depuis l'enfance et avait présenté, entre 3 ans et demi et 5 ans, une encoprésie.

Quelques années plus tard ANTHONY introduisait, dans sa classification de formes primaires et secondaires, des formes rétentives et non-rétentives. Dans les formes non- rétentives primaires, il invoque un défaut d'usage sphinctérien, par absence d'apprentissage. Une autre forme non- rétentive étant l'encoprésie des stress.

Cette hypothèse d'une atonie sphinctérienne ne peut être retenue aujourd'hui. Il y a toujours, même sous une forme frustrée, mais il n'y a pas toujours constipation.

Il paraît plus pertinent de différencier rétention et constipation, et plutôt que de parler d'encoprésie rétentive, non-rétentive, de reconnaître les différents mécanismes de la rétention dans l'encoprésie : l'émission de la selle totale ne répond pas au même mécanisme que celui de la selle partielle, ni à celui de l'encoprésie par minime.

1. Les études cliniques se révèlent, sur ce point, plus réservées quant aux chiffres:

La constipation, en dehors d'un examen clinique, peut ne pas être reconnue, par exemple si l'enfant évacue par «déplacement fécal » une selle fractionnée, de constipation pâteuse, régulièrement.

En effet, classiquement, la constipation est assimilée à l'évacuation de selles dures entrecoupée par longues périodes sans évacuation.

Seul le toucher rectal infirmera, ou non, le dysfonctionnement rétentif et la constipation par la présence de selles dans le rectum (le rectum est normalement vide après évacuation)

- Souvent la constipation n'a pas été recherchée à l'examen médical en pédo-psychiatre. L'association encoprésie- constipation est retrouvée, en moyenne, une fois sur deux. Par contre, les gastro- entérologues la retrouvent plus souvent, environ 8 fois

majorité de constipés chroniques, chez les enfants

Cette association n'a pas toujours été reconnue, puisque l'étude de BELLMANN, référence longtemps essentielle, ne retrouve pas de différence significative concernant la constipation chez des enfants encoprésiques et des enfants normaux.

- Il est difficile de parler de manière systématique de constipation, car les enfants encoprésique vont présenter à certains moments des caractères de rétention importants et, à d'autres moment, l'expulsion d'une selle totale.

On peut supposer que si l'examen clinique relève toujours cette dualité d'encoprésie à rectum vide et d'encoprésie à rectum plein, c'est qu'il s'agit, le plus souvent, d'un moment évolutif. L'enfant est ou a été un constipé : c'est pour le moins l'impression qui se dégage de l'examen de l'évolution des idées sur l'encoprésie.

2. Différents types de constipation sont en cause :

Pour DUHAMEL et KOUPERNIK, la dyschésie anale qui est mise en évidence par la présence de matières fécale dans le rectum, et présentée comme le trouble fondamental de bien des encoprésie, s'observe avec ou sans constipation.

La présence d'un dysfonctionnement et donc de matière fécales dans le rectum ne suffirait pas à définir en soi la constipation.

* La constipation est révélée par l'évacuation à distance de selles dures, répondant à une lutte active, volontaire, prolongée contre l'ouverture du sphincter externe.

Elle peut s'accompagner de la constitution de fécalomes, qui, à long terme, peuvent entraîner une dilatation sous- jacente, donnant une image radiologique de méga colon fonctionnel.

ent, l'évacuation régulière se selle « en bouse de constipation. Ce dysfonctionnement traduit la lutte contre l'ouverture réflexe, qui aboutit à défécation à rebours. Ce mécanisme peut se compliquer, secondairement, de constipation ou de fécalome.

- On considère plus généralement, aujourd'hui, la constipation comme le dysfonctionnement rétentif de la défécation, quelle que soit sa forme clinique.

* Le mégacolon fonctionnel en réalise une forme clinique achevée.

* La constipation chronique de l'obstipation paradoxale, peut se compliquer, secondairement de méga colon fonctionnel.

LE MEGACOLON FONCTIONNEL

L'association encoprésie-mégacolon fonctionnel est donc une forme clinique complète du dérèglement de la défécation lié à un dysfonctionnement sphinctérien de l'anus.

1. Sur le plan descriptif clinique,

Ce tableau avait attiré l'attention de RICHMOND et GARRAND, par certains caractères particuliers qui permettaient notamment un diagnostic différentiel avec la maladie de HIRSCHSPRUNG (voir physiologie de la défécation)

Ils isolent ainsi trois formes cliniques et étiopathogéniques :

- Mégacolon neurogène Maladie de HIRSCHSPRUNG.
- Mégacolon anatomique (Imperforation anale, sténose congénitale
- Mégacolon psychogène, où la souillure fécale constitue la plainte principale, contrairement aux deux autres cas où la constipation est général au centre des préoccupations.

lon psychogène a été étudiée en 1957, par les expressions cliniques de constipation associée à l'encoprésie, de constipation sans encoprésie. Il les relie par ce qu'il appelle le « BOWEL NEGATIVISM » - négativisme intestinal – qui participe au mouvement d'opposition normal de l'enfant au cours des ses trois premières années de vie.

SOULE, plus récemment, fait de ce tableau la conséquence anatomique d'une constipation opiniâtre précoce, qui s'est installée progressivement. la constipation des deux premières années de la vie est rattachée, le plus souvent, à des cas d'apprentissage précoce de la propreté Dressant le tableau du « constipé encoprétique », KHLER l'insuffisance d'apport affectif maternel et l'insécurité que ses variations apportent.

2. Le mégacolon fonctionnel vient prendre une place privilégiée dans l'étude des troubles fonctionnels de l'enfant. Cette observation psycho-somatique précoce, puisqu'on le repère dès les 3 -6 premiers mois, nous donne ainsi à observer les investissements primaires et contre-investissements très précoces de la zone anale.

Le mégacolon congénital qui présente dans son mécanisme certaines analogies avec le merycisme, apparaît comme « la forme de la plus achevée des conséquences de la lutte prolongée du colon et du rectum, contre le fonctionnement contre – nature élaboré par l'enfant au niveau du mécanisme physiologique de la défécation ». (SOULE).

Dès le troisième trimestre, l'enfant possède une maîtrise partielle de l'acte de défécation. L'image qu'il a de son corps est alors une image orale, toute dans une logique d'incorporation. Le bol alimentaire qui deviendra le bol fécal, reste à ce niveau la mère imaginaire incorporée et s'accompagne d'expériences plaisir- déplaisir.

ent une partie de son corps, c'est l'objet interne, des, dont il se sépare sans inquiétude. le vécu de cette perte d'objet interne, la relation qu'a l'enfant avec l'objet fécal, dépendent de la relation inter-psychique qu'il a avec sa mère et, plus tard, des introjection réalisées (qui lui permettront de s'auto-materner)

La mère doit apporter des soins, mais aussi, par la relation qu'elle a avec l'enfant, des occasions d'identifications primaires à ses mécanismes fonctionnels et à l'organisations de son moi. Pour cela, en investissant libidinalement le corps de son enfant en entier, elle induit l'étayage du propre investissement libidinal de l'enfant sur ses fonctions physiologiques.

Si la mère qui donne soins est absente symboliquement de ces moments de relations privilégiées avec l'enfant, elle ne le nourrit ni psychiquement, ni affectivement, et l'enfant aura recours à la réalisation hallucinatoire de son désir.

L'enfant en quête de communications, s'il n'a pas de paroles, va alors exprimer ses désirs en besoins insatiable, dont les manifestations clinique, à cet âge, sont celle du sommeil et du tube digestif.

Il s'agira, pour lui, de conserver un peu de son espace de sécurité, ainsi repéré à peu de frais. Ce qu'illustre notamment la mise en jeu de mécanismes tels le merycisme et la constitution d'un mégacolon fonctionnel.

LEBOVICI insiste sur le rôle de la satisfaction hallucinatoire du désir comme mécanisme inducteur du comportement des fibres musculaires lisses qui s'exprime dans les troubles fonctionnels.

La mégacolon fonctionnel fait intervenir une lutte contre l'ouverture réflexe du sphincter anal(et non volontaire) et un mécanisme particulier de défécation à rebours, mettant en jeu la musculature lisse.

ours réalisent ainsi des fonctionnements élaborés a
ntre la perte d'objet et les affects dépressifs.

- Il s'agit dans le merycisme de faire réapparaître l'objet, dès qu'il disparaît.

- Dans la défécation à rebours, dès lors que l'objet risque de disparaître, l'enfant le réincorpore. L'image dynamique anale centrifuge d'expulsion par rapport aux besoins. ne peut advenir et il s'y substitue une image dynamique orale, centripète, d'incorporation.

Les psycho-somateiciens voient là une préforme de la dialectique présence-absence du fort-Da, décrit par S. Freud. Mais cela nous semble enlever à cette description de fort-Da, toute sa valeur symbolique que qui est, rappelons-le, dans la verbalisation de la présence-absence à travers ces deux mots, et non uniquement dans le seul jeu du couple présence-absence.

Ce mécanisme signe donc, très précocement, un trouble de la libinisation de cette fonction avec investissement libidinal de son mécanisme inverse. Ce mécanisme sera, par la suite, érotisé et surinvesti narcissiquement. Cet auto-érotisme, forcené. L'éloigne de sa finalité première et l'enfant s'installe dans un mécanisme de répétition qui renvoie à l'instinct de mort.

Souleyron rend compte de l'articulation de ce phénomène avec la pulsion d'emprise. Le mégacolon fonctionnel lui apparaît comme une forme d'expression de la pulsion d'emprise, avant la maîtrise musculaire volontaire, son hypotension étant que le muscle lisse peut servir de support à la pulsion d'emprise, avant le muscle strié. Or la pulsion d'emprise est en relation directement avec la pulsion de mort, l'accent de cette pulsion est alors mis sur son aspect destructeur. C'est aussi, d'une certaine façon, ce que formule F. Dolto lorsqu'elle Remarque que chez des enfants désinvestis, la pulsions actives sont soumises à la seule satisfaction du besoin, les rendant étrangères à la relation.

présentent très tôt un mégacolon fonctionnel laisse
e, ce seul plaisir d'emprise. cette part sera plus ou
moins importante, se partageant entre plaisir libidinal et plaisir d'emprise avec
repetition mortifère, et imprégnant ce vécu d'une sorte d'étrangeté. Cela depend
notamment de l'âge où apparu le trouble; la srvenue plus tardive laisse de place à une
elaboration et au maintien d'une adhesion plus libidinale et narcissique.

Mais, dans tous les cas, ainsi que l'écrit fain, on a “ un érotisme anal partiel anti-
physiologique surinvesti au determinant d'un érotisme anal total et physiologique”.

- Une observation importante, faite lors des consultations de ces enfants
addresses pour mégacolon fonctionnel, est la presence des pères, inquiétés de la
constipation de leur enfant. Leur souci ne se focalise que rarement sur l'encoprésie
alors qu'ils se motrent complètement investis dans le conctionnement interne de leur
enfant, notamment celui du tube digestif et de l'élumination.

A côté du mégacolon fonctionnel, nous noterons que tous les troubles qui
entraiment une constipation chez l'enfant, notamment les troubles organiques, peuvent
de part les pratiques anales qu'ils induisent ou l'atmosphère particulière liée à la
maladie, apportant sollicitude et surprotection maternelle, être accompagnés, à un
moment ou à un autre, d'une encoprésie psychogène. On y retrouve dans la
classification de FAIN, ce que cet auteur a isolé dans sa typologie comme le type
« infirme ».

L'encopresie n'est pas la seule plainte exposée et les symptômes associés sont plus de la catégorie des troubles du développement et des troubles névrotiques que des comportements anti- sociaux.

Le symptôme encoprétique sera recherché d'autres pathologies fonctionnelles, mais on le retrouve également dans la littérature, associé à des troubles du comportement et des troubles cognitifs, évocateurs du contexte psycho-pathologique.

1. L'encopresie associée au mégacolon fonctionnel, trouble fonctionnel rattaché à la psycho-somatique de l'enfant sur la base de critères d'organisation, psychique, s'engagerait à rechercher un équivalent de « nervose de comportement » et des défauts de mentalisation chez ces enfants.

- En fait, les auteurs qui ont étudié ce symptôme ne trouvent que peu d'organisations psycho-somatiques franches. L'encopresie ne s'accompagne pas d'altération tissulaire à des dérèglements graves ; son originalité est un mélange entre un trouble neuro-végétatif de la mobilité du colon et un trouble de la motricité volontaire sphinctérienne anale externe, ce qui en fait un mode de passage entre une prémodiance psycho- somatique et un mode fonctionnement plus névrotique.
- On peut retrouver, chez certains enfants encoprétiqes, mais de manière non significative, des troubles psychosomatiques. Il est alors intéressant d'observer leur disparition, lorsqu'ils lui sont antérieurs, ou leur alternance avec l'encopresie.
- L'encopresie peut apparaître comme un changement dans l'expression psychosomatique, dans le sens d'une meilleure liaison de l'agressivité, portant son expressivité au niveau de l'analité, et entraînant ainsi une diminution de son potentiel destructeur. De même, l'encopresie disparaissant avec

psycho-somatique lésionnel signerait une

3. Cramer note au cours de psychothérapies de ces

enfants l'enrichissement ou l'appauvrissement de la fantasmatisation, parallèlement à l'expression symptomatique.

- Dans son enquête rétrospective, K. Lauzanne retrouve deux cas d'enfants présentant un tableau clinique psycho-somatique : un cas d'asthme, un cas de recto-colite.
- Les troubles fonctionnels, digestifs et du sommeil, sont des modes d'expression somatique privilégiés pour le jeune enfant. On retrouve, dans les antécédents des enfants encoprésiques, notamment ceux qui ont présenté une constipation précoce une alternance de trouble digestifs et alimentaires et de troubles du sommeil.
- Les observations de ces enfants relèvent, dans un tiers des cas, des troubles du sommeil toujours actuels. Ce sont volontiers des enfants qui dorment peu, et dont le sommeil est agité par des cauchemers, voire des terreurs nocturnes. SPERLING, dans une étude sur les troubles de l'endormissement chez l'enfant, retrouve dans les attaques d'angoisse entre 2 et 6 ans, que sont les terreurs nocturnes, une fréquence plus grande d'apprentissage précoce de la propreté.

Qu'ils s'intègrent dans un contexte de comportements agressifs ou d'une inhibition massive, les troubles associés nous paraissent s'accorder à la thématique anale sous-jacente.

Un autre aspect important du comportement sera sa valeur de conduite régressive.

L'activité motrice de l'enfant est liée à son activité fantasmatique et intellectuelle, tous ces niveaux de relations de l'enfant à son milieu attestent de son évolution au

importante de l'activité psychique de l'enfant et de sa compréhension de la phase d'identification sensori-motrice primaire à l'objet du stade oral, puis de la phase de conservation et de manipulation de l'objet au stade anal. Les élaborations successives, en rapport à un objet de plus en plus intériorisé, vont permettre l'éloignement de l'activité motrice dans sa forme pulsionnelle initiale. Des introjections pulsionnelles, successivement permis et réalisées, c'est-à-dire, selon FERENZ « ce qui permet l'étendre les intérêts primivement auto-érotiques au mode extérieur en incluant les objets du mode extérieur dans le moi ». Et de l'intégration des interdits de désir dans la réalité ayant valeur castation symboligène – vont dépendre les possibilités de sublimation de l'enfant, ses réalisations créatives, sa curiosité vers l'extérieur. En incluant les objets du monde extérieur dans le moi ; et de l'intégration des interdits de désir dans la réalité ayant valeur de castation symboligène- vont dépendre les possibilités de sublimation de l'enfant, ses réalisations créatives, sa curiosité vers l'extérieur.

Les enjeux du stade anal sont importants : c'est le moment de la maîtrise de soi et de l'espace. Dans cette phase relationnelle, où l'enfant a besoin de dominer sa motricité, il s'appuiera sur l'espace de sécurité que lui donne sa capacité à s'auto-materner qui dépend, on l'a vu, des introjections réalisées. Pour que les épreuves de réalité s'accompagnent des remaniements nécessaires à la poursuite de la maturation et sans que s'opère une régression, il faut que le plaisir libidinal oral de prendre, puis anal de faire, agir, savoir, ait été permis et accompagnées.

La maîtrise sphinctérienne fait partie des acquisitions psycho-motrices du stade anal. D'autres acquisitions vont pouvoir être invalidées si l'image du corps dynamique anal est perturbée.

A côté des troubles du comportement, on observera plus ou moins, un retard de la marche, des troubles de l'orientation temporo-spatiale, et des troubles du langage : retard mais surtout dyslexie.

le du schéma corporel.

Nombre d'enfants encopréteux apparaissent mal à l'aise dans leurs repères temporo-spatiaux. Ils sont décrits comme un peu maladroits, mal latéralisés, leurs repères dans le temps sont flous. Leur attitude donne l'impression d'une certaine insécurité quant à leur propre perception de ces dimensions.

Nous donnerons là quelques voies de réflexion, quant aux premières constructions du temps et de l'espace croisées au schéma corporel de l'enfant, telles que les a notamment mises en évidence Sami-Ali, qui s'est particulièrement intéressé aux troubles psycho-somatiques.

Toutes les connaissances nouvelles qu'amènent à l'enfant ces expériences perceptives de sensation nouvelles agréables ou désagréables vont organiser son image du corps ainsi croisé au temps et à l'espace du schéma corporel, sur lequel se fondera son narcissisme primaire, et à partir de là, un espace de sécurité. Or, au stade oral et stade anal, ces références sont fragiles, car tout se base sur sa sensorialité et il ne s'est pas encore approprié son corps propre dans l'image spéculaire.

1/ A ce stade, l'organisation spatiale est perçue sur le mode d'un dedans et d'un dehors.

« Le corps n'est perceptible que parce qu'il a un dedans et un dehors, et façonne des objets qui font partie de lui » écrit SAMI ALI, ce qui va lui donner un pouvoir originel de projection. L'expérience perceptive commence, pour l'enfant, avec celle de son corps, qui est par essence celle d'un espace corporel. Qui le délimite et qui s'ouvre d'un espace qu'il délimite.

L'enfant crée un dedans et dehors qui lui apportera, peu à peu, une distance sensorielle à l'objet. Avec la maturation sensori-motrice, des expériences nouvelles enrichissent sa représentation de l'espace et une synthèse va s'opérer, lui permettant d'accéder à toutes ses dimensions.

dre, pour l'enfant, la construction de son propre
tion de son espace corporel, dans un espace de
représentation, se dait avec l'image de ses perceptions sensorielles. Ainsi, la « labilité
de l'espace corporel », chez ces enfantd, les accule à toujours procéder par « essais et
erreurs » ; « mal latéralisés, ils s'efforcent d'imposer, par tâtonnements, une limite à
l'illimité ».

Ce développement, à partir des théorisations de Sami-Ali, sous semble
intéressant aussi à prendre en compte pour ce qui touche directement au vécu de
l'encoprésie.

La défécation est une expérience pour l'enfant de dedans et de dehors et de
véritables angoisses de morcellement peuvent le saisir au moment de déféquer. La
frontière que constitue le sphincter anal, entre ce dedans et ce dehors, disparaît des
références sensorielles de l'encoprésique.

L'avacuation dans la culotte, jouant là un rôle de seconde membrane corporelle,
forme un compromis : pas tout à fait dedans, pas tout à fait dehors. C'est un point sur
lequel nous serons amenées à revenir.

Mais cette référence sensorielle barrée, qui touche la représentation de son
espace corporel, dans ses expériences dedans –dehors, intérieur-extérieur, nous semble
aussi une perte de la familiarité du sujet avec lui-même dans sa continuité d'être, le
menaçant à d'autres niveaux, dans la construction d'une image cohésive,
dynamique, de son corps

2/ Le temps se constitue à travers les échanges précoces entre la mère et l'enfant.
Pour Sami-Ali, « la phase anale médiate la transition du temps du fonctionnement du
corps au temps objectif » et fait de la temporalité un objet qu'on peut posséder et
désormais maîtriser. Un lien essentiel avec le temps est créé par cet objet intériorisé
qui sera peu à peu en relation avec les exigences du surmoi et celles de la réalité.

siques, comme chez nombre de sujets pasycho-
gène de la représentation du temps, d'un vide qui
ne serait pas souvenir d'absence, mais plutôt absence de souvenirs.

3. Troubles du langage.

- Troubles de la latéralisation, troubles de l'orientation temporo-spatiale vont être associés à des troubles du langage, la dyslexie étant le plus souvent mise en cause, à côté d'un retard de paroles.

Selon Kohler, les troubles du langage sont associés à l'encoprésie dans la moitié des cas.

Les retards de parole sont en fait plus souvent retards de langage, quand la confirmation du désir de communiquer se fait seulement à l'âge de la marche.

La dyslexie, fréquemment relevée, est par ailleurs remarquée dans un contexte de désordres affectifs. Chez des enfants dyslexiques jeunes, cette désorganisation s'accompagne, souvent d'un retard de l'intégration visu-motrice et auditivo-motrice.

Le bégaiement peut faire partie du cortège symptomatique.

Nombre d'auteurs insistent sur la lenteur, la pauvreté, voire le mutisme. La relation langagière n'est pas investie de toute sa valeur relationnelle.

Ce trouble du langage peut trouver son équivalent dans le langage écrit, qui s'intègre bien à un ensemble de troubles de la structuration de l'espace, à commencer par l'espace vécu de corps propre.

Tel est le cas d'un garçon de 7ans, prépsychotique, qui présentait des troubles fonctionnels de la défécation, encoprésie – mégacolon fonctionnel et, d'autre part, une dyslexie et un refus de langage écrit.

Suivi en traitement analytique par M.N. cesnowicka. Cette voie de sublimation possible que représente le langage écrit a été longtemps impossible pour ce garçon.

pour lui la même effraction narcissique que

Il est décrit comme un enfant qui demande à vivre dans un monde de relations orales et pré-verbales, ne pouvant s'inquiéter, en raison de sa fragilité narcissique, de ce qui lui manque et qu'il pourra acquérir.

L'acquisition de langage écrit signifiait pour lui grandir et mourir.

- L'acquisition et l'apprentissage du langage s'inscrivent dans le développement de l'enfant, avec ses possibilités de sublimation de pulsion partielle..

Au stade oral, si la mère donne les soins en parlant à l'enfant, il s'exercera à se parler à lui-même, en lallations. C'est l'enfant advenu à des modalités de comportements langagiers.

L'assimilation de la langue va se faire par groupes. Phonèmes accompagnant les sensations et émotions quand il découvre le plaisir de maîtriser l'objet primordial anal, C'est-à-dire l'excrément (jouant avec ses sphincters anal et urétral), et avec la production de sons dans des jeux de face à face, de plus en plus riches. A ce stade, l'image fonctionnelle anale est d'abord image d'émissions explosives en rapport avec le besoin de défécation, ressenti passivement, qui prend le sens de langage avec la mère ; puis image d'expulsions sthétiques agréables de l'objet partiel substantiel qui peut être, par déplacement, transféré sur un objet partiel subtil du corps propre, par exemple l'expulsion d'air dans l'émission des sons, puis la maîtrise de l'expulsion des sons produits avec sa gorge. Cette sublimation de maîtrise de l'expulsion qui produit des sons est le début de la sublimation de l'analité dans les dires.

Avec l'adresse manuelle stade anal et la maîtrise généralisée, ce sont ses propres découvertes qui deviennent son centre d'intérêt et il lui faut des mots. Ses expressions verbales, des phonèmes d'abord, vont nommer les parents, puis les excréments avant la nourriture.

la syllabisation double de ses productions une avec sa mère. Les phonèmes, Caca, pipi, vont peu signifier la maîtrise du mot, mais ils sont aussi valorisants dans la réalité parce qu'en les disant, il peut aussi commander à son siège. Il découvre là une maîtrise accordée des mots et de la fonction qui ne va pas sans une certaine exaltation de puissance.

L'interdiction à l'enfant de dire ces mots, de parler, le conduit à croire qu'on veut lui interdire ce ressentir ce qui a lieu dans cette région et de ressentir, au-delà, l'articulation intelligente entre cette maîtrise à conquérir des fonctionnements de son corps et des plaisirs d'un autre niveau.

4. Troubles du comportement

- Le sevrage au stade oral, puis l'acquisition de l'autonomie au stade anal sont les conditions de socialisation de l'enfant. Cette socialisation est un enjeu important du stade anal, période de valorisation de la motricité contrôlée et des échanges avec autrui. C'est aussi à ce moment de maîtrise sphinctérienne que s'acquiert la première motricité volontaire investie.
- La sublimation du plaisir excrémental qui est plaisir à produire des objets substantiels, va vers le « faire », qui est déplacement en intérêt affectif- idéatoire- langagier. parallèlement, la sublimation des activités motrices anales se fait vers des activités motrices tournées vers l'extérieur.
- L'inhibition de la relation avec le monde extérieur peut s'exprimer de différentes manières. Mal soutenu dans cette période, et alors que lui sont imposés. Mal soutenu dans cette période, et alors que lui sont imposés des interdits (notamment de nuisances à autrui et à lui-même) venant s'opposer à sa toute-puissance, sa socialisation pourra être mise en danger, donnant lieu à des troubles du caractère et du comportement.

*** Des difficultés scolaires dans un quart des cas**

A côté d'enfants qui suivent une scolarité normale, voire brillante, nombre d'enfants avec un Q.I normal un retard scolaire important qui semble plutôt lié à un défaut d'adaptation. L'enfant encoprésique sera pénalisé dans son efficience par ses difficultés relationnelles et de verbalisation. On le retrouve dans les tests avec de meilleures performances pour le « faire ».

D'autres enfants présentent une dysharmonie cognitive ou les troubles sont plus évidents. On retrouve plus souvent des contextes de carences affectives.

*** Les troubles du comportement**

A côté des manifestations d'opposition, d'anxiété, c'est l'instabilité psychomotrice dans un tiers des cas qui est au premier plan. Ce qui fait dire à FAIN: «il est incapable de domestiquer une tension interne, dans des possibilités motrices et mentales organisées, qui s'échappe alors, non sans plaisir, à travers une certaine agitation motrice ».

Pour K LAUZANNE: «l'entretien avec ces enfants les révèle dans trois quart des cas comme assez inhibés, leurs ambitions sont floues et apparues, ils se conforment aux désirs des parents, n'affirment que rarement un désir d'indépendance et de réussite».

GAUTHIER insiste sur l'inhibition motrice et le niveau très bas des manifestations indirectes d'agressivité.

FAIN et SOULE ont particulièrement décrit le caractère anti-social de ces enfants.

CRAMER note que les troubles du comportement, colère, impulsivité, turbulence sont fréquents et suffisamment importants pour faire l'objet de la plainte, au même

des cas. Mais on retrouve aussi des manifestations
d'encoprése, comportement de bébé, gênants pour la famille dans un
quart de cas.

Il retrouve également, de façon non négligeable, des phobies, des peurs
importante, mais peut – être en raison d'un recrutement différent, peu de troubles du
langage.

- **Il est difficile de cerner le personnage de l'encoprésique, mais on peut
s'attacher à décrire.**

- L'inhibition, la passivité
- L'agressivité

1/ Inhibition, passivité

Il s'agit là du vécu le plus fréquent de l'encoprétique.

Au niveau sphinctérien, chez ces enfants, à l'émission active se substitue une
émission passive, bientôt favorisée par la dyschésie anale.

Il y a dans l'encoprésie rétentive comme une partie absente, interdite,
d'agressivité, qui aboutit à un no-contrôle du schéma corporel.

Mais cela s'accompagne, plus ou moins, d'une inhibition du schéma corporel
dans tous les domaines, moteur et idéatif se que l'on pourrait traduire également en
termes de pulsion anales non sublimées.

L'inhibition affective se traduit par des difficultés de contact, L'enfant est en
retrait, sa mère le décrit comme un enfant peu expansif qui n'a pas de camarades, joue
seul à la maison et facilement avec des enfants plus jeune. A l'école, il est anxieux,
timide, à l'écart des autres mais les autres s'en éloignent aussi ou se moquent. IL a
volontiers l'air triste, parle peu: certains sont quasi-mutique.

ité avec l'adulte, refuse les activités violentes et a
les autres enfants.

La relation à la mère est de type symbiotique.

Sur le plan intellectuel, on retrouve des enfants dysharmoniques

On a alors affaire à un tableau de passivité importante, sous tendue d'une carence
affaire et éducative avec des comportements régressifs infantiles. D'autres enfants,
malgré l'inhibition intellectuelle, ont de bonnes performances scolaires.

Les symptômes associés plus fréquemment des tics, un bégaiement, une fatigue.

Examinée en termes de conflits l'inhibition dans l'encoprésie cache une
agressivité qui ne peut s'exprimer directement. Les tests projectifs mettent en évidence
cette agressivité inhibée, mais aussi les difficultés identificatoires de l'enfant avec un
problématique oedipienne plus ou moins proche et l'émergence d'une culpabilité.

Dans un climat anxieux apparaissent des thèmes de revendication affective et
rivalité fraternelle.

2/ Agressivité

C'est le deuxième type de vécu de l'encoprésie.

Cette conduite, plus réactionnelle, fait que c'est tout le comportement de l'enfant,
dans ses manifestations d'opposition, qui fait le symptôme.

Dans ces encoprésies, avec une activité plus nettement érotique, on observe une
image du corps partiellement répondant à une fixation anale, qui apparaît alors comme
une sexualité anale fixée comme telle « ou quelque chose de la vérité de la sexualité
s'associe au jouir de l'excrément », écrit F. DOLTO. On retrouvera plus nettement le
désir pervers de mères inconsciemment incestueuses sous couvert de bon
fonctionnement des mères corporel de leur enfant. La motricité normalement exprimée
du plaisir anal sublimé est alors marquée par des actes impulsifs de non- contrôle du

s souvent comme une activité motrice violente, la mère.

On les décrit comme des enfant désobéissants, bagarreurs, coléreux,, impulsifs.

Les symptômes associés mettent au premier l'instabilité motrice.

Il sont plus ou moins en difficulté scolaires, soit en raison de troubles d'adaptation, soit en raison d'une efficacité intellectuelle diminuée; les fonctions cognitives sont balayées par des fantasmes destructeurs.

Ces enfants posent des problèmes comportementaux de furies, de vols, vols, voire de délinquance.

La relation à la mère est de type sado-masochiste. L'agressivité secondairement culpabilisée peut amener des comportements de recherche de punitions, avec de forts sentiments dépressifs de dévalorisation.

Le schéma corporel de l'enfant, dans les domaines moteur et idéatif, se fait interpréter tantôt passif, tantôt actif d'une image du corps perturbé. L'utilisation adéquate du schéma corporel est entravée par une libido liée à une image du corps inappropriée, archaïque ou incestueuse: "du fait du manqué de castration et de sublimation possibles qui n'ont pas été prémisses" (F. Dolto).

ENCOPRESIE et DEPRESSIVITE

La dépression de l'enfant est restée longtemps méconnue des études psychiatriques ; la plupart des auteurs, appliquant des critères diagnostiques comparables à ceux de l'adulte, s'accordaient à reconnaître sa rareté dans l'enfance.

Aujourd'hui, la dépression est à l'ordre du jour et les avis divergent. Pour HOUZEL, 'la dépression est plus fréquente chez l'enfant que l'on ne l'observe classiquement'.

Son expression sémiologique se manifeste différemment selon l'âge de l'enfant et le moment évolutif. A côté des tableaux dépressifs francs. Les anglo-saxons ont proposé des 'équivalents dépressifs' qui croisent une large part de la symptomatologie infanto- juvénile. Plus que la dépression, ce sont les moyens mis en œuvre pour lutter contre les affects dépressifs que l'on observe et qui peuvent donner le change.

Mais là est aussi l'ambiguïté de la dépression chez l'enfant. elle occupe en effet une position charnière, étant, l'expression d'une souffrance psychique, face à ce qui peut menacer l'intégrité de l'enfant, mais étant aussi une position existentielle fondamentale dans l'intégration de l'individu.

Pour N. ABRAHAM, la dépression s'insère dans le cadre plus large et plus général des troubles propres aux périodes de transition dont elle ne représente qu'un cas particulier.

1.1 Les troubles thymiques de l'enfant empruntent deux voies d'expression, suivant l'âge.

1/.la dépression avant et au début de la période de latence réalise un tableau d'exaltation hypomaniaque. Les défenses maniaques mises en œuvre pour dénier les mouvements affectifs sous-jacents, s'expriment sous forme de troubles

ques, tels qu'ils se manifestent chez les enfants

2/ En période de latence plus tardive, les manifestations dépressives sont plus proches de celles de l'adolescent. Leurs dépressions, semblent la conséquence de la prédominance des mécanisme de défense de type mélancolique. Le syndrome dépressif se traduit par une humeur triste et durable, ainsi q'un repli, mas le contact n'est pas rompu; la relation existe, même appauvrie.

Les troubles de la défécation peuvent être vécus, à un extrême, sur un mode hypomaniaque et à l'autre, sur un mode dépressif.

2. Dans la littérature

R. DUFOUR a attiré l'attention sur les dysthymies des enfants encoprétiqes qu'il s'est attaché à rechercher. Il retrouve, dans un quart des cas, des dysthymies franches et dans un tiers des cas, des parents dépressifs (essentiellement la mère). La dépression de l'enfant renvoie à la dépression de la mère. Il tente de situer le trouble dépressif en relation avec l'encoprésie et l'organisation structurale, ces enfants sont des troubles plus proches des troubles grave de la personnalité.

Chez les enfants qui présentent une structure de personnalité sur un versant dépressif, l'encoprésie apparaît comme une tentative de névrotisation de type obsessionnel. L'enfant fait de l'analité rétentive un mode d'élaboration plus économique de la perte d'objet.

Chez les enfants avec une organisation psycho névrotique de la personnalité de type obsessionnel, l'encoprésie s'inscrit comme l'échec d'une formation réactionnelle cet échec peut être comme une manifestation 'masochique' de type dépressif, d'identification avec un objet attaqué et détruit.

se dégagent des observations d'enfants

er plus souvent à prendre en compte les affects dépressifs qui sous tendent la dynamique du symptôme.

1/ L'histoire maternelle dépressive est souvent reconnue. Ce retrait d'investissement qui l'accompagne peut être diversement ressenti par l'enfant.

VAUGHAN, en 1957, avait d'une part remarqué la fréquence élevée des dépressions chez les mères d'enfants encoprétiqes, avec une amélioration de l'enfant qui pouvait entraîner l'aggravation de la mère.

La décompensation dépressive de la mère est, d'une manière générale, souvent invoquée à l'origine du fonctionnement à vulnérabilité psychosomatique.

2/ dans l'encoprésie, tous les différents facteurs déclenchants invoqués peuvent se classer dans la catégorie générale de la perte, de la menace de perte ou de séparation, Perte d'objet réelle ou fantasmatique, cela nous renvoie aussi bien aux carences, de séparation, de mort et à tous les conflits qui vont réactiver des angoisses archaïques.

K.LAUZANNE insiste sur les difficultés observées à la période orale 'perturbée' par des placements multiples faisant envisager des soins suffisants et un maternage pauvre.

DUHAMEL insiste sur la dissociation familiale, les cas de séparation, l'enfant ayant pu être élevé par un parent non proche, éloigné de la famille.

BELLMANN retrouve également des séparations fréquentes.

L'incidence de la mort réelle ne semble pas en cause : 'la présence de substituts parentaux et la différenciation de l'appareil psychique confèrent à la mort réelle un rôle négligeable '(PEOT). Toutefois nous avons entendu, à plusieurs reprises, des confrères souligner, dans les événements déclenchants, la mort d'un père. Ce qui est en cause pourrait alors être plutôt la décompensation dépressive de la mère.

et, des expériences, plus subjectives ou l'on voit
tique de cette perte, peuvent donner lieu à un vécu
de désinvestissements dépressif. Ainsi en est-il de la naissance d'un cadet, que l'enfant
peut vivre comme un retrait d'investissement maternel. C'est la cas du garçon, déjà
cité, devenu encoprélique à la naissance de sa sœur ; il n y avait 'plus personne pour
s'occuper de lui, sa mère étant devenue la mère d'un autre bébé '.

2/ le stade anal représente une période charnière pour l'établissement de correspondances entre le schéma d'organisation libidinale et la nosographie. K. ABRAHAM subdivise le stade anal en deux sous- stades sadiques anaux que différencient des modes de relations objectales différentes et entre lesquelles, il situe la barrière qui sépare la névrose optionnelle de la mélancolie et, plus généralement, les névroses des psychoses.

L'analité, avec ses deux attitudes opposées, rétention- expulsion, se prête bien à l'expression du trouble maniaque dépressif. Avec, dans un registre dépressif, c'est l'aspect de perte d'objet qui peut être véhiculé par l'incapacité à conserver la selle.

POINT DE VUE CLINIQUE les deux tableaux de la dépression de l'enfant ne sont pas étrangers à ce que l'on peut retrouver dans l'encoprésie.

1. Le tableau clinique peut être dominé par l'excitation maniaque dont le signe le plus évident, chez l'enfant encoprélique, est l'instabilité. la problématique dépressive est révélée par les thèmes de morts qui marquent leurs productions.

Au cours de leur prise en charge, l'excitation maniaque peut régresser, laissant apparaître un authentique tableau dépressif, comme en témoigne le cas de O... qui, abandonnant ses positions mégalomaniaques et paranoïde, manifeste alors un vécu dépressif et recherche des compensations orales. La relation d'objet est proche d'un mode psychotique, ce qui rend difficile, pour ces enfants, l'aménagement d'une

Le milieu familial est assez typé. Du côté de la mère, des décompensations dépressives entraînent d'incessantes ruptures de l'investissement de l'enfant, le mettant dans une situation de carence. Le père est tout à fait absent, dans la plupart des cas.

2. les états dépressifs francs sont d'apparition plus tardive. Au premier plan du tableau clinique, on retrouve l'inhibition psychomotrice. Le vécu dépressif d'impuissance et de découragement va de paire avec un repli et les amène à s'isoler. Malgré la présentation inhibée. L'efficacité intellectuelle reste performante, mais ils sont tenus pour des enfants difficiles, accusés plus volontiers de paresse et de mauvaise volonté.

Ils se présente comme des enfants abandonniques avec une quête affective intense, mais au cours de leur prise en charge des comportements de rupture risquent de venir sanctionner l'émergence d'une agressivité de type sadique qui peut se retournée en manifestation masochiques. Chez les garçons de ce type, la problématique d'oedipe inversé' prévaut longtemps, selon passive anale homosexuelle. le milieu familial est tout aussi typé. Mais différent du précédent. Les mères évoquent fortement madame LEPIC, la mère de poil de carotte, désavouant le père et dévalorisant l'enfant, qui se vit impuissant à satisfaire sa mère et à constituer pour elle une source de gratifications. Les pères plus présents mais écrasés par la mère, sont eux-mêmes assez rigides, avec un potentiel agressif très superficiellement maîtrisé.

Ces enfants garderont tout au cours de leur vie une grande vulnérabilité narcissique.

Il s'agit pour l'enfant de conjurer dans la dépression, la menace de perte de sa cohésion interne. Ainsi ces dépressions ont en général valeur de prépsychoses.

Cette cohésion est mise en danger par la menace de perte d'objet, alors que l'enfant n'a pas acquis les moyens symboliques qui lui permettraient de supporter des épreuves nouvelles. Qui vont alors réveiller une angoisse de mort.

Le mode de défense contre la dépression se fera dans la magie de la récupération de l'objet, par incorporation, tels que l'ont décrit S.FREUD et K.ABRAHAM, chez les sujets mélancoliques. S.FREUD considère que la relation d'objet, chez ces sujets, s'est maintenue sur une base 'narcissique orale', dont le but est l'incorporation orale. K.ABRAHAM, dans ses observations cliniques, souligne la fréquence des troubles digestifs et alimentaires chez les sujets mélancoliques.

1/ les mécanismes de lutte contre la dépression ont particulièrement été par N.ABRAHAM et M.TOROK.

L'enfant se construit par introjections successives qui commencent avec la rupture de la symbiose à la mère, ou il intériorise la première relation, d'abord innocente à la mère. Puis les introjections successives des pulsions s'opèrent par les instruments dont dispose le nouveau-né que sont les 'dualité fondamentales touchant toucher' des zones érogènes successivement prévalentes. Ainsi, au stade anal, l'enfant soumis à l'éducation devra introjecter la personne qui commande l'ouverture et la fermeture sphinctérienne: c'est là que se situe le moment érotique du stade anal. L'objet interne une fois installé, l'enfant vérifie sans cesse sa conformité à son homologue externe, par ses actes érotisés.

Lors de sa maturation, particulièrement lors des moments de transition, de nouvelles impulsions libidinales éprouvées comme agréables vont pousser le moi à sa

objectales. Les épreuves de réalité et conflits de
moments de l'objet interne.

Or, lors d'une nouvelle sollicitation, l'enfant peu ne pas être en mesure d'accéder à cette pulsion nouvelle. Si par absence, carence ou séduction, l'objet n'aide à l'enfant à introjecter la pulsion nouvelle, l'on verra s'organiser une fixation imaginale, qui opérera alors comme interdit : les désirs concernant l'objet avant même d'être introjectées, sont devenus répréhensibles.

Dans la manie ou la mélancolie, il semble que seule persiste cette identification à une imago de mère archaïque omnipotente, le sujet maniaque s'identifiant à d'imago elle-même, le sujet dépressif, quant à lui, élisant domicile dans le complément idéal de l'imago (identification narcissique).

Devant une perte d'objet, objet réel ou fantasmatique, si l'introjection n'est pas réalisée ou achevée (la part non assimilée s'est fixée en imago, interdictrice d'un désir), une régression s'opère visant à la prise de possession de l'objet par incorporation.

Cette magie de la récupération peut prendre la forme d'un trouble thymique et aussi se manifester par quelque état du corps.

L'incorporation répond à un fantasme de non- introjection ; il s'agit de détenir, de s'approprier l'objet par un moyen proche de la réalisation hallucinatoire. L'objet incorporé remplace l'objet perdu qu'il s'agit de garder par un procédé illusoire, accomplissant au propre ce qui n'a alors de sens qu'au figuré et détruisant par là-même la figurabilité de cet acte par lequel la métaphore aurait été rendue possible. Par cette incorporation qui dispense de l'introjection, ce que le sujet refuse de savoir, c'est le vrai sens de la perte.

C'est ainsi que se définit alors pour M.TOROK la conversion psychosomatique, comme une maladie de soi à soi, ou l'introjection ratée reste une incorporation.

interne, qui se traduit par une blessure imaginaire, anel est inassimilable pour son image du corps, opérer un retour à une image archaïque, faisant appel à la relation antérieure. Il choisit alors, comme issue, de se retirer de toute image érogène 'pour que la zone érogène n'entre pas en contact avec l'objet interdit, dangereux, ni son désir en conflit avec ce désir de l'adulte tutélaires' (F.DOLTO).

L'enfant encoprétique met en sommeil son image fonctionnelle anale. Il joue à retenir- expulser ses fesses, dans un mouvement de retour à la communication initiale avec la mère, une mère imaginairement interne, incorporée et non introjectée.

On peut penser que cette régression imaginaire met notamment en cause l'insuffisance de l'intégration (anale) des référents parentaux, surtout paternels dont la première ébauche de représentation se fait par l'entremise de la mère. Il se trouve relégué à un rôle d'étranger', comme l'illustre les observations de troubles thymiques de l'enfant et nombre d'observations d'encoprésie.

2/ les psychosomaticiens décrivent une forme particulière de dépression, propre à favoriser la rupture de l'équilibre psychosomatique : 'la dépression froide', atonie dépressive proche de la dépression essentielle de l'adulte décrite par P.MARTY.

Le vide dépressif qui caractérise ces enfants fait écho au fonctionnement vide décrit chez les personnalités à vulnérabilité psychosomatique, dont les 'névroses de comportement'.

Les éléments essentiels de ce comportement vide révèlent une atonie affective globale, une relation d'objet indifférenciée et l'absence d'introjections maternelles durables. L'impression de fonctionnement mécanique de certaines activités, de type autoérotique, renvoie à un vide d'investissement relationnel mortifère, qui renvoie l'observateur à une impression d'inquiétante étrangeté. Cette forme de dépression

logie négative l'inhibition psychomotrice de retrait
érieur. Ces modifications, souvent rapides, sous
l'influence de modifications relationnelles nouvelles vécues comme une déprivation
affective, font parler de sidération du fonctionnement mental et de névrose traumatique
(M.FAIN).

Une des circonstances les plus favorables à la survie de cette dépression de
l'enfant est la décompensation dépressive de la mère, notamment à l'occasion d'un
deuil. Le retrait des investissements maternels peut être diversement ressenti par
l'enfant ' désinvestissement ressenti par l'enfant' désinvestissement massif et radical,
il peut laisser, quoique temporaire, des traces dans l'inconscient, sous la forme de
troubles psychiques autour duquel les réinvestissements de cette place vide ne peuvent
être que périphérique...

La 'mère morte' a emporté dans le désinvestissement son regard, son odeur, sa
caresse; seuls persistent la béance et le froid' (A.GREEN.)

Le désinvestissement narcissique brutal de l'enfant par la mère, quelle que soit la
cause déclenchante, est également souligné par JOYCE MAC DOUGALL, participant
à l'organisation primitive psychosomatique.

Apprentissage de la propreté

L'incidence des modalités de l'éducation sphinctérienne, dans l'apparition du
trouble encoprétiqes, a été longtemps un des facteurs les plus discutés.

Les exigences concernant l'apprentissage de la propreté ont été profondément
modifiées par les bouleversements socio-économiques et culturels des XIX et XX ème
siècle. Auparavant, beaucoup d'enfants mouraient en bas age et rien n'était tenté sur le
plan éducatif avant deux ou trois ans. La lutte contre la mortalité infantile a changé les
règles d'hygiène ; sous nos climats, la nécessité de maintenir l'enfant 'au sec', donc
propre afin de la préserver d'un certain nombre d'affection, a sans doute favorisé un

lement, dans le champ nouveau de la recherche éducatif répondait l'importance grandissante du refoulement et des formations réactionnelles dont l'érotisme anal faisait l'objet.

S.FREUD, en 1905, insiste sur le fait que l'activité de la zone anale est une activité érogène de nature à étayer l'activité sexuelle et remarque 'le rapport antagoniste qu'il y a entre la civilisation et le libre développement de la sexualité, dont on peut suivre les effets dans la pathologie'. ainsi, nombre de troubles morbides de sujets névrotiques vont emprunter leurs manifestations aux troubles digestifs. Faisant référence au conditionnement qui accompagne le développement de l'enfant au stade anal, FREUD écrit, en 1924 : 'la prédisposition à la fixation anale serait déterminée pour une part la nature de l'éducation sphinctérienne'.

Les options éducatives se sont considérablement modifiées ces dernières années ; de nouvelles perspectives leur sont désormais offertes avec les éclaircissements qu'apporte la psychanalyse dans le développement psychoaffectif de l'enfant, rendant compte notamment de l'influence des interventions éducatives et leur aspect relationnel.

Qui révélait plus d'un tiers d'enfants mes sur le pot avant cinq mois.

1/ Les carences d'apprentissage sont moins souvent invoquées. Si d'abord Anthony fait de l'encoprésie primaire le symptôme d'un apprentissage négligé, le milieu familial de l'enfant encoprétique de 'type clochard', décrit ensuite par KREISLER confirme ce point de vue puisqu'il est dit ne pas tenir son rôle éducatif.

2/ A côté de sa précocité, il faut envisager le caractère plus ou moins coercitif de l'apprentissage, révélant des distorsions de la relation mère/enfant. CRAMER développe le rôle des conflits d'analité des parents menant à des pratiques aberrantes, créant des immixtions dans le développement de l'analité de l'enfant (immixtion maternelle et parfois paternelle). Il faudra distinguer le rôle des pratiques coercitives

tales inconscientes qui peuvent, à elles seules, s'accompagne de pratiques anales aberrantes.

Ces études amènent à penser qu'il faudra prendre en compte d'autres éléments que l'éducation sphinctérienne, l'un d'eux 'l'analité des parents'. C'est aussi d'une manière ce que formulait J.DE AJURIAGUERRA : 'lorsqu'on passe en revue le rôle de l'environnement, c'est en définitive autour de la mère/enfant que se joue le rôle déterminant. Les erreurs de la mère dans l'éducation de la propreté auront peu de conséquences, pourvu que la mère ait un bon contact avec l'enfant'.

Apprentissage de la propreté dans le développement de l'enfant.

F.DOLTO, dans l'image inconsciente du corps', évoque les problèmes liés à un apprentissage inapproprié de la propreté à différents moments maturatifs chez l'enfant. Nous en retracerons certaines réflexions.

L'apprentissage de la propreté, qui s'inscrit pour une part dans le développement psychomoteur de l'enfant, est soumis à un conditionnement socio affectif (fait (l'objet de mesures éducatives) et libidinales.

'La première défense faite à l'enfant, qui a trait au plaisir procuré par l'activité anale et ses produits, détermine tout son développement ultérieur' (S.FREUD).

Dès la naissance, les selles sont l'objet de l'intérêt de la mère et leur émission, leur aspect, sont jugées comme satisfaisants ou non c'est souvent avec les changements liés à l'ablation que vont se manifester des attitudes plus ou moins ambivalentes.

La mère qui déprécie les selles de son enfant suggère que le corps contient de mauvaises choses, qu'il craint alors et retient car il redoute la désapprobation de sa mère concernant leur expulsion. Cette partie de son propre corps, qu'il donne à sa

de son amour va être source d'angoisse de

Certaines encoprésies d'enfants psychotiques illustrent bien cette confusion, selle-self- objet archaïque où la selle est alors confondue avec le corps et il ne peut s'en désaisir qu'au prix d'une angoisse de morcellement.

La défécation est rattachée par l'enfant à des expériences tactiles, olfactives que la mère va modifier par l'intervention de ses soins, La maîtrise qu'elle-même, de ses objets partiels d'expulsion, l'initie déjà au rôle de maîtrise manuelle, au « faire » valorisant de la motricité « Il va développer cette maîtrise qu'elle est agréable à lui-même et peut donner satisfaction à la mère qui vient le changer et emporte ce qu'il a produit » (F. Dolto).

L'enfant devient sensible à un éprouvé soit en retenant, soit en expulsant, éprouvé d'un plaisir pour lui-même et par la manipulation du climat émotionnel de l'adulte.

Ainsi, la maîtrise de la défécation va devenir un échange différemment valorisé selon l'attitude de l'adulte et selon son attente à lui de cette réponse

L'accent mis tôt sur l'apprentissage de la propreté incite d'une manière générale au parasitage prolongé, En privilégiant l'objet partiel anal comme moyen d'échange, la mère s'expose à ce soit perversi, chez son enfant, le sens de la relation avec autrui.

Il est en effet banal de constater que l'enfant est capable d'acquisition de la propreté très tôt pour faire plaisir à sa mère, mais il risque de perdre cette continence, acquise par soumission et non par plaisir indépendant. Si la mère attache plus d'importance à l'objet excrémentiel qu'à l'enfant lui-même, ce sera alors tout autre chose qu'un « cadeau » qu'il va donner à sa mère. Ce qui est valorisé est le signifié anal et l'anus devient un substitut de bouche.

« le devenir propre » accord aux besoins une être rapportée aux désirs d'échanges socialisés et de maîtrise d'autonomie. L'éducation serait alors axée sur cette valorisation motrice, manuelle, corporelle et non sur le pipi/ caca.

L'interdit de saleté sphinctérienne, avant que l'enfant ait acquis les possibilités de ce contrôle est l'interdit du plaisir lié à la satisfaction d'un désir, sans que la libido ait une autre issue pour apaiser ses tensions.

Cela équivaut pour l'enfant à un interdit d'individuation, de s'intéresse à ce qu'il a les moyens de maîtriser pour son plaisir. Ses désirs avant d'être introjectés sont répréhensibles. Au-delà, ce qui est infirmé est son désir d'autonomie, il est rendu coupable de son désir de grandir, de maîtriser seul ses besoins. Son comportement sera alors jouer la rétention pour plaire du déplaire.

Pratiques coercitives et manipulation anales favorisent de même la passivité. Ce type de relation maintient ce qui rattache à la toute – puissance de la mère et renforce son lien érotique à l'enfant. Cette immixtion dans son analité peut entraîner une encoprésie dans le même sens, des pratiques telle l'administration de lavement qui associe pénétration anale, passivité obligatoire et en même temps obligation d'évacuer, instaurant une relation particulière à la mère.

Les affects liés à ce type de relation vont renforcer les angoisses archaïques attachées aux sentiments de la toute-puissance maternelle affects qui vont alors participer à la fixation en image de la mère archaïque omnipotente.

L'éducation sphinctérienne ne devrait pas s'effectuer avant que l'enfant ait acquis un contrôle de sa motricité, le rendant autonome, afin qu'il n'ait pas l'impression qu'on abuse de son impuissance. La propreté prématuré qui nécessite de plus une assistance de la mère peut être ressentie comme incestueuses.

contient quand il parviendra à la maîtrise motrice de
e avec un code qui vaut pour tous.... Quand
s'identifiera à l'objet total que représentent les parents ».

L'éducation sphinctérienne ne devra pas commencer avant qu'il ait acquis la marche et une certaine maîtrise de sa motricité. Il faut que l'enfant soit capable de monter et descendre une échelle de ménage seul et il sera capable de maîtrise sphinctérienne complète entre 20 et 28 mois.

Mais il faut encore distinguer dans l'apprentissage de la propreté deux points différents :

- La continence. L'enfant en est capable lui-même et c'est spontanément qu'elle peut survenir. « Des selles dans la culotte au-delà de 30mois témoignent du plaisir brut pris par l'enfant avec ses pulsions anales ». (F. Dolto).
- Le lieu de la continence. L'éducation consiste seulement, une fois la continence acquise, à amener l'enfant à déposer ses excréments dans un lieu destiné pour tous et à s'y débrouiller seul.
- L'enfant sera fier de faire ses excréments seul, sans aide. Cette image fonctionnelle du corps s'articule avec son sentiment de dignité.
- A terme, la maîtrise sphinctérienne au-delà de l'acquisition de la propreté concerne l'autonomie de l'enfant pour l'entretien de son corps.

Fais souligner que cette étape peut être difficile pour l'enfant.

Alors qu'il pouvait faire ses selles au milieu de tous, il est relégué dans un endroit isolé, seul, enfermé avec sa protection fantasmatique et ses angoisses. Certains enfants vont développer une véritable phobie des WC amenant des épisodes de rétention ponctuée d'encoprésie.

devenir plus autonome, mais la précipitation ne doit pas être encouragée. Les images ne doivent pas être occultées.

Si Winnicott remarque que « les parents qui attendent que l'enfant se plie aux règles avant d'atteindre le stade où être maître de soi a une signification pour lui, privent l'enfant d'un sentiment de réussite et d'une foi dans la nature humaine qui viennent d'un progrès naturel dans le contrôle sphinctérien ; Bettelheim souligne également la nécessité de l'autonomie pour le contrôle sphinctérien : « Pour qu'il y ait véritablement apprentissage de la propreté ... Il faut être certain que l'enfant sait de quoi il s'agit et qu'il est capable d'aller spontanément quelque part pour faire quelque chose de plus ou moins prémédité. Si ces conditions sont remplies, alors le moment est venu de suggérer.

VII. Prise en charge de l'encopresie :

VII-1. Prise en charge de l'encoprésie sur constipation

Selon les données de la littérature, la prise en charge proposée est axée sur l'éducation, la désimpaction, le traitement de fond et le suivi.

Selon les données de la littérature :

1.1 Education, mesures initiales :

Il est nécessaire de donner des explications sur l'absence d'anomalie organique ou psychiatrique, les mécanismes de la défécation expliquant les symptômes, le caractère involontaire de l'encoprésie sur constipation, les buts des différents traitements et l'importance du suivi. Tout ceci est nécessaire pour favoriser une bonne adhésion au traitement et encourager une attitude positive des parents. Selon l'article écrite par *philichi*, une bonne éducation réduit la durée des symptômes, car elle induit une meilleure compliance.

1.2 Désimpaction :

C'est la première étape à réaliser avant l'instauration du traitement de fond. Car en l'absence de lavements préalables à l'instauration des laxatifs, les fuites, les douleurs abdominales et les ballonnements vont augmenter.

Plusieurs méthodes de désimpaction sont possibles. Aucune étude, à ce jour, n'a essayé de comparer les différentes méthodes. Le choix peut donc appartenir, après explications, aux parents et à l'enfant.

La vacuité du rectum peut être obtenue à l'aide :

▪ Médication voie orale

L'utilisation à haute dose de laxatifs lubrifiants ou de laxatifs à base de PEG (Normacol) s'est révélée efficace pour obtenir la désimpaction de l'ampoule rectale.

Il n'y a, à ce jour, aucune étude prouvant que les autres types de laxatifs utilisés à haute dose soient efficaces.

La société nord Américaine recommande même, si nécessaire, l'association de plusieurs laxatifs à haute dose pendant la phase de désimpaction.

▪ Médication par voie rectale

***Les lavements**

La durée préconisée selon le congrès francophone d'hépatologie – gastroentérologie pédiatrique de 2006 est 2 à 10 jours, selon LACHAUX, elle est de 2 à 3 jours.

Les lavements phosphatés hypertoniques (normacol) sont souvent utilisés. Les effets indésirables observés en cas d'utilisation supérieur à 5 jours sont : une déshydratation, hypernatrémie, hyperphosphorémie, hypocalcémie, et hypokaliémie.

société nord américaine d'hépatogastro-entérologie
2006, sont à proscrire car leur utilisation peut
engendrer une intoxication à l'eau.

Remarque : le normacol est la substance la plus utilisée pour permettre la vacuité
de l'ampoule rectale.

***Les suppositoires**

D'après la communication en 2006 de J.P. Chouraqui, au 26^{ème} congrès français
d'hépatogastro-entérologie, et suppositoires concernant la désimpaction étaient
considérés comme inefficaces et douloureux. Selon les recommandations de la
NASPGHAN, les suppositoires de glycérine sont indiqués chez le nourrisson (niveau
de preuve II-3) et chez l'enfant, pour la désimpaction et considérés sans effet
indésirable.

Les suppositoires de Bisacodyl (Dulcolax) sont également préconisés chez
l'enfant.

Une parenthèse concernant les préparations coliques

Elles sont au nombre de 4 :

- les PEG (Fortrans, Coloprep, Klean-Prep)
- les purgatifs salins (Fleet phospho-soda)
- les purgatifs anthracéniques (x-Prep)
- l'association de Bisacodyl et de purgatif salin (Prépacol)

Seul le document écrit par Lachaux stipule qu'en cas d'échec des thérapeutiques
citées ci-dessus, on peut utiliser une préparation colique à base de PEG, le Klean-prep.
Les autres ne se prononcent pas sur l'utilisation des préparations coliques.

ntenance du traitement de fond

Le but est de rendre l'enfant capable de ressentir la plénitude du rectum et d'avoir une exonération régulière, sans douleur, pour éviter les rechutes. Le traitement de fond associe des règles hygiéno – diététiques, des laxatifs, des mesures de rééducation.

1.3.a) les règles hygiéno-diététiques

Bien qu'à ce jour, aucune étude n'ait réussi à mettre en évidence l'effet bénéfique des règles hygiéno-diététiques, elles sont recommandées.

Le compte rendu du 26^{ème} congrès francophone d'hépatologie – gastro – entérologie

Préconise les mesures diététiques afin de permettre à terme un sevrage des traitements médicamenteux.

Le régime est un régime riche en résidus, avec des céréales complètes (orge, maïs, malt) (niveau de preuve III), des légumes (niveau de preuve III), des fruits à base de sorbitol (prune, pomme, poire) (niveau de preuve II-3).

PHILICHI insiste sur le fait que l'absence d'augmentation des apports en fibre aggrave les signes fonctionnels.

Les apports hydriques doivent être suffisants. Des études ont montré, chez l'adulte, l'effet bénéfique sur la motilité. Mais aucune étude n'a été menée chez l'enfant.

Une activité physique régulière stimulerait le péristaltisme intestinal. Il existe peu d'études montrant la corrélation entre l'activité physique et la fréquence des selles, et il n'existe pas d'étude montrant l'association entre le manque d'exercice et la constipation. Une activité physique et régulière est communément recommandée.

L'utilisation de glucomannan associé aux laxatifs est préconisée par la NASPGHAN. Cette fibre, d'origine japonaise, faciliterait la régularisation du transit

non à une encoprésie. Les autres fibres, quant à l'absence d'encoprésie associée à la constipation.

Enfin, plusieurs auteurs se sont intéressés au rôle de l'intolérance au lait de vache dans la constipation.

L'étude, en double aveugle, réalisée par Lacono en 1998, a mis en évidence que l'exclusion temporaire du lait de vache permet d'obtenir la guérison de fissure anale et l'absence de douleur à la défécation. Les enfants inclus étaient âgés de 11 à 72 mois, avec une constipation résistant au traitement par laxatifs. On retrouve chez les enfants, améliorés par l'exclusion du lait de vache, un terrain d'atopie dans 25% des cas, une intolérance au lait de vache dans 70% des cas, une fissure anale associée dans 91% des cas.

Le mécanisme physiopathologique retrouvé dans une étude réalisée en 2006 par Lacono est une érosion plus fréquente de la muqueuse rectale avec moins de sécrétions et une pression anale augmentée.

En 2003, l'étude rétrospective réalisée par Andiran a mis en évidence que la consommation de lait de vache est plus importante chez les enfants avec une constipation chronique associée à des fissures anales, que chez les autres.

Il s'agit d'études menées en gastro-pédiatrie qui pourraient être complétées par une étude réalisée en soins primaires.

Certains auteurs préconisent donc la diminution des apports en lait de la vache dans le traitement de la constipation.

1.3.b) Les laxatifs.

Il existe plusieurs types de laxatifs ayant des actions différentes :

plus anciennement utilisés.

ils agissent par effets osmotique, en diminuant l'absorption de l'eau dans le côlon, ce qui permet d'obtenir des selles plus hydratées, plus molles, plus volumineuses, avec une progression dans l'intestin facilitée et une exonération non douloureuse.

Il existe 3 types de laxatifs osmotiques :

- les PEG (polyéthylène glycol) : Forlax, Movicol, transipeg
- Les sucres polyols ; à base de lactitol (importal), la lactylose (Dhuphalac, lactulose), de sorbitol (hepagrume).
- Les salins (Carbonex).

La durée préconisée dans le Vidal est seulement précisée pour les laxatifs de type PEG. Il est préconisé d ne pas dépasser une durée de prescription supérieure à 3 mois

Ce qui ne correspond pas à celle préconisée par certains auteurs.

En effet, elle varie de 1 à 12 mois pour lachaux et elle est de 6 mois minimum, avec diminution progressive afin de diminuer le risque relatif de rechute, pour MONTGOMERY et PHILICHI.

Les laxatifs lubrifiants

L'huile de parafine (Lansoyl) lubrifie le contenu colique et ramollit les selles. Elle est encore très utilisée aux USA.

▪ **Les laxatifs de lest**

Ils forment un gel hydrophile qui modifie la consistance et augmente le volume des selles.

Il existe 2 types de laxatifs de lest :

- Mucilage (Spagulax, Psyllium, Transilane).

▪ **Les laxatifs stimulants**

Ils stimulent la motricité colique et la sécrétion intestinale d'eau, d'électrolytes, et de protéines. Les laxatifs stimulants ne sont pas utilisés en France, mais aux USA et en Angleterre.

Il en existe 3 types :

- les anthracéniques : agiolax, modane, tonilax
- les bisacodyls : dulcolax, contalax
- les picosulfates de sodium : fructose
- les docusates.

▪ **Les laxatifs par voie rectale (suppositoires)**

Ils augmentent la pression intra-rectale et provoquent ainsi le réflexe de défécation.

On retrouve :

- Les suppositoires de Dulcolax (laxatif stimulant)
- Les suppositoires d'Eductyl, qui libèrent du gaz carbonique dans l'ampoule rectale
- Les suppositoires de microlax
- Les suppositoires de glycérine

Selon les recommandations de la NASPGHAN :

- L'utilisation des laxatifs est préconisée dans le traitement de la constipation (niveau de preuve I)

stimulants est préconisé seulement en cas de
de preuve II-1), car leur utilisation peut entraîner
une atteinte neuromusculaire non réversible.

- Il n'est pas recommandé d'utiliser les laxatifs lubrifiants chez le nourrisson compte tenu des risques de pneumopathie d'inhalation. Les laxatifs stimulants ne sont pas non plus recommandés chez le nourrisson (preuve de niveau III).
- Dans les constipations rebelles, il est préconisé de prescrire du PEG 3350 sur une durée longue (niveau de preuve III)

Les laxatifs osmotiques sont les plus prescrits en France.

Les plus anciennement utilisés sont les sucres et polyols (Duphalac, lactulose), mais depuis quelques années, les laxatifs de type PEG constituent une nouvelle thérapeutique.

En 2006, lors du congrès francophone d'hépatologie - gastro-entérologie, on parle même de thérapeutique moderne. La PEG présente l'avantage d'avoir peu d'effets indésirables car il ne peut ni être absorbé par la muqueuse intestinale, ni être métabolisé par les bactéries du côlon. L'hydratation est fonction de la dose ingérée. On peut ainsi augmenter les doses en toute sécurité, jusqu'à obtention de la consistance désirée des selles et l'utiliser en traitement prolongé.

Le lactulose, utilisé à forte dose, peut provoquer des flatulences, des douleurs abdominales et une hypernatrémie.

Une étude menée en 2006 a montré que le PEG utilisé à la dose de 0,5 G/kilo/jour permet une normalisation du transit en 3 mois (à vérifier quand étude) chez 90% des enfants constipés inclus dans l'étude, avec une guérison également de 60% des enfants inclus souffrant d'encoprésie.

Le PEG est, à long terme, bien toléré biologiquement (fer sérique, ionogramme, protéide, albumine, vitamine A, D, B9) et cliniquement (sur 8.7 mois)

confirment toujours la bonne tolérance et l'efficacité
de la constipation chez l'enfant.

La NASPGHAN est plus réservée. En effet, elle stipule, certes que le PEG est à long terme bien toléré, mais qu'il faut davantage d'études avant de le préconiser en premier lieu dans le traitement de la constipation chez l'enfant. D'autant qu'il n'y a pas assez d'études en 2006 prouvant sa supériorité et en revanche, d'autres études tendent à mettre en évidence une efficacité et une tolérance significativement supérieures pour le PEG que pour la lactulose.

L'étude, menée également par Dupont, en 2005, confirme encore la bonne tolérance et une efficacité similaire, voire sensiblement meilleure du PEG par rapport au lactulose.

Enfin, une étude en double aveugle, multicentrique, randomisée, contrôlée, réalisée sur 2 mois, en 2004, par Voskuil, a montré une efficacité et une meilleure tolérance du PEG par rapport au lactulose.

Toutes ces données font, qu'à ce jour, certains auteurs préconisent en première intention l'utilisation du PEG et d'autres ne se prononcent ni en faveur du lactulose ou du PEG.

1.3.c) La rééducation comportementale.

L'attitude de rétention occupe une place importante dans l'instauration et la pérennisation des symptômes. L'enfant souffrant de constipation présente une attitude de rétention dans 90 à 100% des cas, contre 20% dans la population générale.

La rééducation comportementale a pour but de lutter contre l'attitude de rétention qui rend la guérison impossible.

Les études ont mis en évidence que le taux de guérison est meilleur avec la mise en place d'une rééducation comportementale.

er à l'enfant :

- Une présentation quotidienne aux toilettes, notamment en postprandial, pour permettre de profiter de réflexe gastro-colique et faciliter ainsi une évacuation fécale régulière.
- De bonnes conditions d'exonération, c'est-à-dire des toilettes propres et attractives,
- Un réducteur avec un marchepied si nécessaire, pour respecter l'angle ano-rectal et permettre une poussée efficace, qui doit rester douce pour limiter l'hyperpression abdominale.
- L'apprentissage d'une inspiration profonde avec une main posée sur le ventre pour percevoir la contraction de l'abdomen couplée au relâchement du sphincter.

On peut administrer un suppositoire de Glycerine. Celui-ci libère du gaz dans l'ampoule rectale qui se distend et crée ainsi la sensation de besoin. La durée préconisée est de 2 à 3 semaines.

Un agenda hebdomadaire faisant état des présentations, exonérations, souillures peut permettre d'apprécier l'efficacité du traitement et d'entretenir une motivation (niveau de preuve à I).

On peut également proposer des messages abdominaux doux et lents dans le sens des aiguilles d'une montre pour faciliter l'exonération ou des techniques de stimulation de la motricité colique (inspiration en gonflant le ventre et expiration en rentrant le ventre)

Mais la méthodologie des études menées n'a pas été assez rigoureuse pour affirmer leur efficacité.

Van Dijk souligne le fait que la rééducation comportementale aura une action limitée s'il existe une dyssynergie ano-rectale.

1.3.d) le biofeedback (niveau de preuve II-2)

Elle est plutôt indiquée dans des constipations rebelles ou compliquées d'une dyssynergie ano-rectale. Elle permet, dès l'âge de ans, de réapprendre la sensation de plénitude rectale et de coordonner les contractions abdominales et le relâchement des sphincters.

Son efficacité est surtout prouvée quand il existe une dyssynergie (60% des cas)

Une étude a mis en évidence de meilleurs résultats avec l'association conditionnement comportemental/ biofeedback qu'avec conditionnement comportemental/prise en charge psychologique.

Mais les résultats ne s'inscrivent pas dans la durée, et les rechutes au stade d'encoprésie sont fréquentes.

1.3.e) La prise en charge psychologique / psychiatrique.

La prise en charge psychologique est recommandée s'il existe d'emblée » un syndrome dépressif ou dans le cadre d'un encoprésie rebelle.

Van Dijk souligne que quelques études ont montré que les enfants de constipation n'ont que de très légers troubles du comportement, qui s'atténuent avec la prise de laxatifs.

et étudiant la qualité de vie des enfants souffrant (TFI), a mis en évidence qu'il existe :

- Une qualité de vie moins bonne pour mes enfants souffrant de constipation que pour ceux souffrant de reflux gastro-oesophagien ou de maladies digestives inflammatoires.
- Une diminution de la qualité de vie en rapport avec la durée des symptômes.
- Une qualité de vie identique avec ou sans encoprésie associée.

Les symptômes responsables de la diminution de la qualité de vie sont les douleurs abdominales et les douleurs de défécation.

Ces symptômes peuvent donc être responsables en parti des troubles du comportement. La prise en charge doit donc être médicale en premier lieu, et non psychologique.

La relation parents enfant est un point clé dans le processus de guérison. S'ils communiquent leur stress, leur colère, s'ils exercent une pression sur l'enfant, celui-ci risque de s'opposer et le cercle vicieux ne sera pas rompu.

Il est donc essentiel de bien expliquer la situation aux parents, avec des conseils pour préserver la communication avec l'enfant et obtenir son implication dans la prise en charge.

Van Dijk rappelle qu'une étude réalisée par Wald en 1987 avait mis en évidence que l'efficacité thérapeutique de la rééducation couplée à une attitude positive des parents était plus efficace que l'association rééducation et biofeedback. Et Van Dijk souligne le fait que plusieurs études ont mis en évidence qu'une attitude positive améliore la guérison.

Le protocole a été élaboré à partir des données de la littérature, de l'expérience clinique et des théories cognitivo-comportementales.

Ce travail est réalisé par deux thérapeutes (pour les 4-8 ans seulement), l'un est chargé d'expliquer les mécanismes mis en jeu dans l'encoprésie, l'autre explique les mesures inhérentes au conditionnement comportemental.

La fréquence est de 4 fois par mois, puis le rythme des séances diminue de façon progressive.

Ce travail se réalise 5 étapes successives :

- 1) La psycho-éducation. Elle permet aux parents de se débarrasser des perceptions négatives.
- 2) La diminution de l'anxiété par rapport à la défécation et au traitement.
- 3) L'apprentissage de la défécation.
- 4) Un renforcement du comportement adapté avec une diminution de l'anxiété, une attitude positive quand l'enfant réussit et une absence de punition.
- 5) La mise en place d'une routine de défécation le temps que la compliance rectale redevienne normale.

Avec comme particularité, pour les enfants de plus de 8 ans, que :

- L'anxiété et la honte jouent un rôle majeur
- Il sont plus aptes à prendre une part active dans le changement de comportement.

Le but est de prévenir les rechutes qui sont fréquentes.

Selon les études menées, le taux de guérison est de :

- 53 à 60% à 1 an
- 51,6% à 5 ans
- 80% à 8 ans.

Avec 50% de rechutes 5 ans après le but de la prose en charge et 30% consultent encore pour constipation à l'adolescence.

Le suivi est donc indispensable pour :

- La motricité colique et la consistance des selles. Bien qu'il n'y ait peu d'études significatives Réévaluer l'observance
- Réévaluer efficacité du traitement et le changement de comportement.
- Réévaluer les relations parents - enfants.

1.5 Les traitements médicamenteux autres.

1.5.a) Les probiotiques.

Le lactobacillus, bifidobacter auraient un effet positif surchez l'enfant prouvant l'efficacité des probiotiques dans le traitement de la constipation, ils sont conseillés par certains auteurs pour faoriser le développement de la flore bactérienne désirable et hydrater les selles.

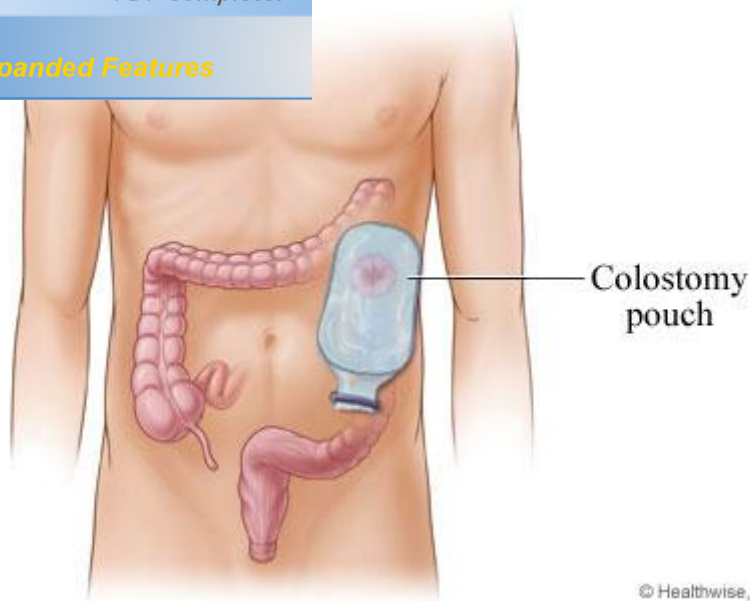
die de hirschsprung :

Il consiste à introduire une sonde dans le rectum ou à effectuer de petits lavements prudents. Ceci a pour but de permettre l'évacuation des selles, mais cette technique n'est pas efficace dans tous les cas. Dans les formes où ce traitement médical est inefficace, on effectue ce que l'on appelle une colotomie [et non pas une colostomie (avec un S) qui est la création d'un anus artificiel par abouchement à la peau d'une portion de côlon]. La colotomie consiste à effectuer une ouverture chirurgicale de la paroi du côlon permettant ainsi l'exploration de celui-ci. Il autorise parfois la découverte d'anomalie mais également l'ablation de petites tumeurs bénignes comme des polypes qui font saillie à l'intérieur de la cavité intestinale. Au cours de l'occlusion intestinale, la colotomie permet la décompression et l'évacuation du côlon. Néanmoins, cette technique présente quelques dangers, en effet, en raison du risque élevé de dissémination des microbes qu'elle entraîne et elle nécessite des précautions particulières pour sa réalisation, qui doit se faire dans de très bonnes conditions d'asepsie. La colotomie est recommandée jusqu'à la correction définitive. Quand le colon est atteint dans son entier, une colostomie est alors nécessaire. L'iliéocolostomie est une opération chirurgicale qui consiste à relier la partie terminale de l'intestin grêle au colon. Cette opération permet de rétablir la continuité du tube digestif après avoir effectué une ablation partielle (dans cet exemple, une partie du côlon). Après cette ablation de la portion pathologique du côlon, le segment de l'iléon est relié au segment du côlon qui reste, avec du fil ou des agrafes. L'iliéocolostomie n'entraîne généralement pas de conséquences sur le fonctionnement du tube digestif. L'opération est réalisable à partir de six mois, si l'état général de l'enfant le permet. Certains chirurgiens estiment qu'une intervention de ce type peut s'effectuer plus précocement. Quand l'ensemble du côlon est atteint, c'est l'iléon normalement innervé qui doit être amené au niveau du rectum ou même de l'anus. Autrement dit, le but recherché est de supprimer les zones intestinales ne contenant plus de plexus de

...r les intestins qui fonctionnent normalement à la
...st-à-dire le rectum, si celui-ci possède des plexus
" en état de marche ", sinon à l'anus.

Complications de la maladie : elles peuvent être :

- ♦ infectieuse : provoquée par un parasite, un virus ou une bactérie, elle peut être due à l'absorption d'aliments contaminés ou à une transmission entre individus. Elle se caractérise par une diarrhée liquide, sanglante, des vomissements, de fortes douleurs abdominales. La fièvre n'est pas systématique.
- ♦ bactérienne : provoquée par une bactérie qui détruit la muqueuse (Shigella, Salmonella ou Yersinia) et par une tuberculose intestinale ou digestive (essentiellement chez les patients immunodéprimés et/ou atteints du sida).
- ♦ virale : elle touche essentiellement les enfants et guérit spontanément (sauf chez les malades immunodéprimés et/ou atteints du sida, chez lesquels elle peut provoquer de graves lésions)
- ♦ parasitaire : due le plus fréquemment à l'amibiase et à la lambliaose inflammatoire : et non infectieuse. Il s'agit essentiellement de la maladie de Crohn (maladie chronique inflammatoire



Une poche de colostomie (ou sac) est portée à l'extérieur de l'organisme de collecte des déchets qui passe normalement par le système digestif. La poche est nécessaire après une partie du côlon a été enlevée chirurgicalement.

Il existe 3 techniques d'anastomose colo-rectale :

1. La technique de duhamel :

La technique de Duhamel assistée par laparoscopie : traitement de la maladie de Hirschsprung présente tous les aspects de l'approche chirurgicale réalisée pour la prise en charge de la maladie de Hirschsprung.

L'agencement du bloc opératoire, la position du patient et du matériel, le choix des instruments sont détaillés. Les points techniques de cette intervention chirurgicale sont présentés étape par étape : exploration laparoscopique, dissection rectale laparoscopique, mobilisation, transection du rectum, incision et abaissement, anastomose, fermeture rectale.

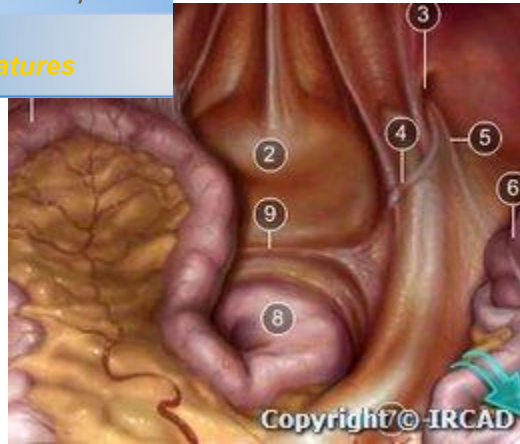
Cette approche est bien standardisée pour cette pathologie.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



2. La technique de swenson :

Après ablation du rectosigmoïde, de la partie distendue du segment sus-jacent et de la moitié postérieure du sphincter interne, l'intestin est abaissé à travers le pelvis et anastomosé à l'anus.

3. La technique de soave:

Le colon fonctionnel est extériorisé à travers le cylindre recto-anal préalablement dépouillé de sa couche muqueuse.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Population et méthodes



encoprésie qui ont été vus dans le cadre de notre

Toutefois, il est possible qu'il y ait eu d'autres cas d'encoprésie pendant ce temps et qui n'ont pas été inclus dans cette étude. Pour cette raison, nous n'allons pas nous prononcer sur l'incidence de ce trouble dans notre population.

Le recueillement des données s'est fait sur dossiers et d'après un planning familial :

Critères d'inclusion :

- Enfants souffrant d'encoprésie sur constipation fonctionnelle
- Enfants souffrant d'encoprésie sur maladie d'Hirschsprung
- Enfants souffrant d'encoprésie de cause psychiatrique.

Critères d'exclusion :

- Les autres causes organiques :
 - L'atteinte musculaire
 - Les atteintes du SNC
 - La mucoviscidose
 - L'Anomalie digestive locale

1-Données de base à la première consultation:

- a. Age
- b. Sexe
- c. Motif de consultation



fonctionnelle : 22cas[62.85%]

Prise en charge antérieure de la constipation et de l'encoprésie	
Histoire de la maladie avant la prise en charge médicale	
	Age d'apparition Délai de consultation Causes expliquant le délai de consultation si celui ci est supérieur à 1 mois Nombre de consultations entre début d'apparition de l'encoprésie et consultation où le sujet de l'encoprésie a été abordé pour la première fois. Personne ayant abordé pour la première fois le sujet de l'encoprésie.
La prise en charge médicale :	
Généralités :	- Premiers soignants rencontrés - Explications données par le soignant sur les mécanismes de l'encoprésie et de la constipation - L'encoprésie et la constipation ont-elles motivé plusieurs consultations - Autres soignants consultés - Motifs des consultations en cas de consultations répétées - Un suivi a-t-il été proposé - Suivi proposé par qui.
Traitements :	- Délai d'instauration - Traitements utilisés - Dose - Durée - Efficacité - Tolérance
Observance :	- Nature des médicaments partiellement ou non suivis - Raisons.



2 ^{ème} questionnaire	
Réévaluation à 3 mois de la prise en charge spécialisée	
Evolution et délai nécessaire :	- L'évolution de l'encoprésie de façon subjective - Nombre de fuites par semaine au moment de la première consultation et lors de la réévaluation - Délai nécessaire pour obtenir cette amélioration.
Observance :	- Nature des médicaments partiellement ou non suivis - Les raisons

3-Encoprésie sur maladie d'Hirschsprung:8cas[22.85 %]

- Formes anatomiques
- Rapport M/F
- Histoire familiale
- Malformations associées
- Symptômes
- Moyens diagnostiques
- Age moyen à l'intervention
- Patients bénéficiant d'une colostomie
- Technique d'anastomose colo-rectale
- Evolution postopératoire :
 - A court terme
 - A moyen terme
 - A long terme

atrique: 5 cas [14.28 %]

a- Elements concernant la famille:

- Statut socioprofessionnel
- Nombre de frères et sœurs
- Rang dans la fratrie
- Situation conjugale des parents
- Psychopathologie parentale

***b- Grossesse, accouchement et développement pendant la première année,
ainsi que les relations précoces.***

c- Développement ultérieur

- intelligence
- développement moteur
- apprentissage de la propreté
- troubles somatiques importants
- troubles du sommeil après un an.
- Troubles de la séparation après 2 ans.

Résultats



a- Age :

Age moyen au début des symptômes	3 ans 11 mois et 14 j
Encoprésie primaire	17,1%
Apparition après l'âge de 1 an et avant l'âge de 4 ans	25,7%
Apparition après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 5 ans	11,4%
Apparition après l'âge de 5 ans	45,7%

b- Motif de consultation :

Incontinence anale	Incontinence anale et urinaire	Constipation chronique
23.87%	8,5%	67.5%

II-Histoire de la maladie avant la prise en charge médicale :

Début de la constipation :

Age moyen au début des symptômes :	2 ans 6 mois 6 jours
Constipation primitive :	22,9%
Constipation non primitive commençant avant l'âge de 18 mois :	8,6%
Apparition entre 18 mois et 4 ans	22,9%
Apparition entre 4 ans et 6 ans	8,6%
Apparition après 6 ans :	11,4%

	Encoprésie	Constipation
Délai moyen de consultations (CS)	10 mois et 11 j	10 mois 8 j
Age moyen au moment de la 1ère CS	4 ans et 9 mois et 25 j	3 ans 4 mois et 14 j
Délai consultation $\leq$ 1 mois	48,6%	34,6%
3 mois < délai de la consultation $\leq$ 6 mois	20%	19,3%
6 mois < délai de consultation $\leq$ 1 an	8,6%	15,4%
1 an < délai de consultation $\leq$ 2 ans	14,3%	3,9%
Délai de consultation $\geq$ 2 ans	8,6%	15,4%
Sujet abordé par les parents	94,3%	Non recherché

III. Prise en charge médicale antérieure : généralités

Diagnostic :

	encoprésie	Constipation
Au moment de l'entrée dans l'étude	2,9%	25,7%
Diagnostic de constipation fait en même temps que celui de l'encoprésie		22,9%
Diagnostic de constipation fait après celui de l'encoprésie		11,4%
Délai diagnostic quand la constipation est diagnostiquée après l'encoprésie	1 an et 7 mois et 15 j	

ultés :

Legende .

Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur: Dans 82,9% des cas, l'enfant consulte un médecin généraliste en première intention

	Encoprésie	Constipation
Médecin traitant généraliste	82,9%	88,9%
Pédiatre	20%	19,2%
gastro-pédiatre	0%	19,2%
Psychiatre	5,7%	11,5%
Gastroentérologue	8,6%	3,9%
Autres	5,1%	11,5%
Pas de réponse	2,9%	11,5%

Nombre d'interlocuteurs consultés :

Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : 67,% des enfants souffrant d'encoprésie n'ont qu'un seul interlocuteur

	Encoprésie	Constipation
1 interlocuteur	67,7%	53,9%
2 Interlocuteur	17,1%	38,5%
3 Interlocuteur	8,6%	7,7%
Pas de réponse	5,7%	0%

premiers interlocuteurs :

	Encoprésie	Constipation
Complication de la constipation	28,6%	
Symptôme lié à un trouble psychiatrique	20%	11,5%
Aucune explication donnée	17,1%	19,2%
Explications uniquement en rapport avec le traitement prescrit	14,3%	38,5%
Explications non comprises	0,00%	11,5%
Paresse de la part de l'enfant	8,6%	7,6%
Guérison spontanée attendue	8,6%	15,4%
Pas d'explication donnée mais avis spécialisé demandé	5,7%	0%
Côlon paresseux ou mégacôlon fonctionnel	2,9%	0%
Anomalie anale responsable des troubles	2,9%	0%
Ralentissement du transit	0,00%	3,9%
Nécessité d'arrêter l'allaitement	0%	3,9%
Pas de réponse	2,9%	3,9%

	Encoprésie	Constipation
Aucun traitement instauré	8,6%	2,9%
Avis pédiatre alors demandé par le corps médical	74,9%	
Avis pédiatre demandé par la famille	25%	
Délai moyen entre le diagnostic et l'instauration du premier traitement	7 mois et 24 jours	21 mois
Instauration immédiate	20%	22,9%
Dans le premier mois	25,7%	0%
Entre 30 jours et 6 mois	5,7%	5,7%
Entre 6 mois et 1 an	5,7%	2,9%
Entre 1 an et 2 ans	0%	2,9%
Entre 2 ans et 5 ans	2,9%	5,7%
Supérieur à 5 ans	2,9%	5,7%
Pas de réponse	25,7%	25,7%
Délai moyen entre le premier et le second traitement instauré	12 mois	15 mois
Délai moyen entre le second et le troisième traitement instauré	11 mois	14 mois
Suivi proposé	37,1%	42,3%

Interlocuteur consulté :

Legende :

Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : dans le cadre de l'encoprésie, 12,1% des médecins généralistes consultés proposent un suivi.

	Encoprésie	Constipation
Médecin généraliste	12,1%	6,8%
Pédiatre	6,67%	14,3%
Gastroentérologue	14,3%	0%
Psychiatre	0%	12,5%
Autres	0%	0%
Pas de réponse	0%	0%

Evolution des consultations au cours du temps

Evolution des consultations au cours du temps :

	Encoprésie	Constipation
Pourcentage de cas ayant en recours à plusieurs consultations	82,9%	84%
Raisons ayant motivées des consultations répétitives	encoprésie	Constipation
Persistance et aggravation de l'encoprésie	100%	23,1%
Douleur ou autre signe fonctionnel de la constipation	0%	38,5%
Consultations faites dans le cadre du suivi	0%	3,9%
Pas de réponse		34,6%
Interlocuteurs alors consultés	encoprésie	Constipation
Le même médecin généraliste	89,7%	84%
Un autre médecin généraliste	10,3%	0%
Pédiatre	27,6%	36%
Psychiatre	17,2%	12%
Gastroentérologue	13,8%	20%
Pas de réponse	10,3%	19%
Nombre d'interlocuteurs	encoprésie	Constipation
1 interlocuteur	34,5%	40%
2 interlocuteur	31%	28%
3 interlocuteur	20,7%	32%
4 interlocuteur	3,5%	0%
Pas de réponse	11,5%	0%

ieure : traitement prescrit

V.1-Nombre de traitements proposés

Nombre de traitements proposés :

Légende :

Un traitement est composé d'un médicament (monothérapie) ou d'une combinaison de médicaments

	Encoprésie	Constipation
Diagnostic non fait	2,9%	25,7%
Diagnostic fait mais aucun traitement proposé	8,6%	2,9%
1 traitement proposé	40%	31,4%
2 traitements proposés	17,2%	5,7%
3 traitements proposés	14,2%	20%
4 traitements proposés	14,2%	5,7%
5 traitements proposés	0%	8,6%
6 traitements proposés	2,9%	0%

Encoprésie :

50% des enfants recevant un seul traitement se sont vus proposer une monothérapie.

23,5% des enfants recevant plusieurs traitements se sont vus proposer une monothérapie.

Constipation :

81,8% des enfants recevant un seul traitement se sont vus proposer une monothérapie.

plusieurs traitements se sont vus proposer une

V.2. Traitement :monothérapie ou combinaison de médicaments

Monothérapie ou combinaison de médicaments :

Légende :

Un traitement est composé d'un médicament (monothérapie) ou d'une combinaison de médicaments

	encoprésie	Constipation
% d'enfants inclus n'ayant eu que des monothérapies prescrites	35,4%	34,6%
% moyen de monothérapie parmi les traitements prescrits	45,6%	33,9%
% de monothérapies prescrites en 1 ^{ère} intention	48,39%	48%
% de monothérapies prescrites en 2 ^{ème} intention	52,9%	35,7%
% de monothérapies prescrites en 3 ^{ème} intention	27,27%	25%
% de monothérapies prescrites en 4 ^{ème} intention	33,33%	0%
% de monothérapies prescrites en 5 ^{ème} intention	50%	0%
% de monothérapies prescrites en 6 ^{ème} intention	100%	RAS

Encopresie et pourcentage des traitements prescrits comportant les différentes classes thérapeutiques :

Légende :

Les classes thérapeutiques	Les pourcentages
PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol	Ils font référence au pourcentage de traitements prescrits
Non PEG= laxatifs osmotiques autres	Comportant une classe de médicament
SUPPO = suppositoire	Pour exemple, la première ligne, première valeur : 45,6% des traitements prescrits comportent un laxatif de type PEG
LAV = lavement	
DIET = conseils hygiéno-diététiques	

% moyen=% moyen des traitements prescrits comportant ...

% 1^{ère}=% des traitements prescrits en 1^{ère} intention comportant...

% 2^{ème}=% des traitements prescrits en 2^{ème} intention comportant...

% 3^{ème}=% des traitements prescrits en 3^{ème} intention comportant...

% 4^{ème}=% des traitements prescrits en 4^{ème} intention comportant...

% 5^{ème}=% des traitements prescrits en 5^{ème} intention comportant...

% 6^{ème}=% des traitements prescrits en 6^{ème} intention comportant...

La kinésithérapie ne figure pas dans les médicaments prescrits car elle n'a pas été prescrite chez les enfants inclus dans l'étude

% de traitements prescrits comportant	% Moyen	Intentions					
		%1 ^{ère}	%2 ^{ème}	%3 ^{ème}	%4 ^{ème}	%5 ^{ème}	%6 ^{ème}
PEG	45,6	39	53	45	60	50	0
Non PEG	23,5	26	41	9,1	0	0	0
Laxatif lubrifiant	2,9	0	0	18	0	0	0
Sous-total laxatifs	72	65	94	72,1	60	50	0
SUPPO	29,4	42	12	36	17	0	0
Désimpaction : LAV, préparation colique, normacol	23,5	16	18	45	17	50	0
DIET	20,6	23	18	27	17	0	100
Kinésithérapie A ENLEVER	0	0	0	0	0	0	0
Rééducation du comportement	11,8	6	12	18	17	50	0
Consultations Psychologue/psychiatre	7,3	10	0	0	33	0	0
Autre	4,4	6	0	9,1	0	0	0

e des traitements prescrits comportant les différentes classes thérapeutiques :

Légende :

Les classes thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol Non PEG= laxatifs osmotiques autres SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Ils font référence au pourcentage de traitements prescrits Comportant une classe de médicament Pour exemple, la première ligne, première valeur : 52,5% des traitements prescrits comportent un laxatif de type PEG
--	---

% moyen=% moyen des traitements prescrits comportant ...

% 1^{ère}=% des traitements prescrits en 1^{ère} intention comportant...

% 2^{ème}=% des traitements prescrits en 2^{ème} intention comportant...

% 3^{ème}=% des traitements prescrits en 3^{ème} intention comportant...

% 4^{ème}=% des traitements prescrits en 4^{ème} intention comportant...

% 5^{ème}=% des traitements prescrits en 5^{ème} intention comportant...

% 6^{ème}=% des traitements prescrits en 6^{ème} intention comportant...

La kinésithérapie ne figure pas dans les médicaments prescrits car elle n'a pas été prescrite chez les enfants inclus dans l'étude



% de traitements prescrits comportant	% Moyen	intentions				
		%1 ^{ère}	%2 ^{ème}	%3 ^{ème}	%4 ^{ème}	%5 ^{ème}
PEG	52,5	40	67,1	58,3	60	100
Non PEG	28,2	28	35,7	25	20	33,3
Laxatif lubrifiant	5,1	8	0	8,3	0	0
SOUS-TOTAL LAXATIFS	78	72	92,9	75	60	100
SUPPO	30,5	32	14,3	41,7	0	33,3
Désimpaction : LAV, préparation colique,normacol	17	12	21,4	7,7	40	0
DIET	49,2	40	50	58,3	40	66,7
Kinésithérapie A ENLEVER	0	0	0	0	0	0
Rééducation du comportement	13,6	8	14,3	7,7	60	33,3
Consultations Psychologue/psychiatre	3,4	4	0	0	20	33,3
Autre	6,8	12	0	8,3	0	0

aisons prescrites

Encopresie et pourcentage de combinaisons prescrites comprenant les différentes classes thérapeutiques :

Légende :

Les classes thérapeutiques	Les pourcentages
PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol	Ils font référence au pourcentage de traitements prescrits
Non PEG= laxatifs osmotiques autres	Comportant une classe de médicament
SUPPO = suppositoire	Pour exemple, la première ligne, première valeur : 63,49% des traitements prescrits comportent un laxatif de type PEG
LAV = lavement	
DIET = conseils hygiéno-diététiques	

% moyen=% moyen des traitements prescrits comportant ...

% 1^{ère}=% des traitements prescrits en 1^{ère} intention comportant...

% 2^{ème}=% des traitements prescrits en 2^{ème} intention comportant...

% 3^{ème}=% des traitements prescrits en 3^{ème} intention comportant...

% 4^{ème}=% des traitements prescrits en 4^{ème} intention comportant...

% 5^{ème}=% des traitements prescrits en 5^{ème} intention comportant...

% 6^{ème}=% des traitements prescrits en 6^{ème} intention comportant...

La kinésithérapie ne figure pas dans les médicaments prescrits car elle n'a pas été prescrite chez les enfants inclus dans l'étude



comportant	% Moyen					
		%1 ^{ère}	%2 ^{ème}	%3 ^{ème}	%4 ^{ème}	%5 ^{ème}
PEG	63,49	70	38	67	100	100
Non PEG	19,44	20	38	0	0	0
Sous-total laxatifs	82,9	90	75	67	100	100
SUPPO	44,44	55	25	50	0	0
Désimpaction : LAV, préparation colique,normacol	27,78	35	25	17	0	0
DIET	36,11	38	38	50	0	0
Kinésithérapie A ENLEVER	0	0	0	0	0	0
Consultations Psychologue/psychiatre	5,56	5	0	17	100	100
Rééducation du comportement	25	15	25	33	0	0

% de traitements prescrits comportant	% Moyen	intentions				
		%1 ^{ère}	%2 ^{ème}	%3 ^{ème}	%4 ^{ème}	%5 ^{ème}
PEG/SUPPO	25	35	0	33	0	0
Non PEG/SUPPO	8,33	10	13	0	0	0
Sous-total laxatifs/SUPPO	33,33	45	13	33	0	0
PEG/DIET	19,44	15	25	33	0	0
Non PEG/DIET	8,33	10	13	0	0	0
Sous-total laxatifs/DIET	27,77	25	38	33	0	0
PEG/Désimpaction	19,44	30	0	17	0	0
Non PEG/Désimpaction	2,78	5	0	0	0	0
Sous-total laxatifs/Désimpaction	22,2	35	0	17	0	0

PEG/SUPPO/DIET	8,3	5	0	33	0	0
Non PEG/SUPPO/DIET	0	0	0	0	0	0
Sous-total laxatifs/SUPPO/DIET	8,3	5	0	33	0	0
PEG/SUPPO/Désimpaction	11,1	15	0	17	0	0
Non PEG/SUPPO/Désimpaction	2,8	5	00	0	0	0
Sous-total laxatifs/SUPPO/Désimpaction	13,9	20	0	17	0	0
PEF/Désimpaction/DIET	5,6	5	0	17	0	0

<u>% de combinaisons comprenant au moins :</u> <u>PEG/SUPPO/Désimpaction/DIET</u>	5,6	5	0	17	0	0
--	------------	---	---	----	---	---

<u>% de combinaisons avec l'association d'au moins 2 médicaments identiques</u>	6,5	10	13	0	0	0
---	------------	----	----	---	---	---

de combinaisons prescrites comprenant les différentes classes thérapeutiques :

Légende :

Les classes thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol Non PEG= laxatifs osmotiques autres SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Ils font référence au pourcentage de traitements prescrits Comportant une classe de médicament Pour exemple, la première ligne, première valeur : 50% des traitements prescrits comportent un laxatif de type PEG
---	--

% moyen=% moyen des traitements prescrits comportant ...

% 1^{ère}=% des traitements prescrits en 1^{ère} intention comportant...

% 2^{ème}=% des traitements prescrits en 2^{ème} intention comportant...

% 3^{ème}=% des traitements prescrits en 3^{ème} intention comportant...

% 4^{ème}=% des traitements prescrits en 4^{ème} intention comportant...

% 5^{ème}=% des traitements prescrits en 5^{ème} intention comportant...

% 6^{ème}=% des traitements prescrits en 6^{ème} intention comportant...

La kinésithérapie ne figure pas dans les médicaments prescrits car elle n'a pas été prescrite chez les enfants inclus dans l'étude



	% Moyen	%1 ^{ère}	%2 ^{ème}	%3 ^{ème}	%4 ^{ème}	%5 ^{ème}
prescrits comportant						
PEG	50	43,8	42,9	62,5	33,3	100
NON PEG	30,5	37,5	42,9	25	0	0
Sous-total Laxatifs	80,5	75	85,7	87,5	33,3	100
SUPPO	38,9	31,3	28,6	50	66,7	50
Désimpaction : LAV, préparation colique,normacol	22,2	25	28,6	12,5	33,3	0
DIET	72,2	62,5	85,7	75	100	50
Consultation psychologue / psychiatre	2,8	0	0	0	0	50
Rééducation comportementale	22,2	12,5	28,6	25	33,3	50

PEG/SUPPO	22,2	12,5	14,3	12,5	0	0
Non PEG/SUPPO	5,6	6,3	14,3	0	0	0
Sous-total laxatifs/SUPPO	27,8	18,8	28,6	12,5	0	0
PEG/DIET	33,3	25	42,9	37,5	33,3	50
Non PEG/DIET	22,2	25	28,6	25	0	0
Sous-total laxatifs/DIET	55,6	50	71,4	62,5	33,3	50
PEF/Désimpaction	13,9	18,8	14,3	12,5	0	0
Non PEF/Désimpaction	2,8	6,3	0	0	0	0
Sous-total laxatifs/Désimpaction	16,7	25	14,3	12,5	0	0

% de combinaisons comprenant au moins :	% Moyen	%1ère	%2ème	%3ème	%4ème	%5ème
PEG/SUPPO/DIET	19,4	12,5	14,3	25	33,3	50
Non PEG/SUPPO/DIET	0	0	0	0	0	0
Sous-total laxatifs/SUPPO/DIET	19,4	12,5	14,3	25	33,3	50
PEG/SUPPO/Désimpaction	5,6	6,3	0	12,5	0	0
Non PEG/SUPPO/Désimpaction	2,8	6,3	0	0	0	0
Sous-total laxatifs/SUPPO/Désimpaction	8,3	12,5	0	12,5	0	0
PEF/Désimpaction/DIET	5,6	6,3	14,3	0	0	0

<u>% de combinaisons comprenant au moins :</u>						
<u>PEG/SUPPO/Désimpaction/DIET</u>	2,78	6,3	0	0	0	0

<u>% de combinaisons avec l'association d'au moins 2 médicaments identiques</u>	8,3	12,5	0	12,5	0	0
---	------------	------	---	------	---	---

ents prescrits

Encopresie, dose des traitements prescrits :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement	Doses moyenne /extrêmes journalières initiales : Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : Les laxatifs de type PEG sont prescrits à la dose Moyenne journalière de 13,3 grammes avec comme extrêmes 2 à 40 grammes par jour.
---	---

Classes thérapeutiques	Dose moyenne journalière	Doses extrêmes journalières
PEG	13, 3 grammes	2-40g
Non PEG	10,6 grammes	3,3-20g
Laxatifs lubrifiants	1 cuillère à café	1 cuillère à café
SUPPO	1,5	0,23-2
LAV, préparation colique, normacol	0,9	0,14-1

Encopresie, durée des traitements prescrits :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement	Durées moyenne/extrêmes journalières initiales Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : Les laxatifs de type PEG sont prescrits pour une durée Moyenne journalière de 125,4 jours en extrêmes, une durée allant de 7 à 1095 jours
---	--

	Durée moyenne (en jour)	Durées extrêmes (en jour)
PEG	125,4	7-1095
Non PEG	317,3	15-1095
Laxatifs lubrifiants	20	10-30
Moyenne de tous les laxatifs	158	7-1095
SUPPO	196,5	7-1095
LAV	48,8	1-1095

Constipation, Dose des traitements prescrits :

Légende :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement	Doses moyenne/extrêmes journalières initiales Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : Les laxatifs de type PEG sont prescrits à la dose Moyenne journalière de 14,7 grammes avec comme extrêmes 2 à 40grammes par jour.
---	---

Classes thérapeutiques	Dose moyenne journalière	Doses extrêmes journalières
PEG	14, 7 g	2-40g
Non PEG	9 g	3,3-20g
Laxatifs lubrifiants	1 cuillère à café	1 cuillère à café
SUPPO	1	0,33-2
Désimpaction : LAV, préparation colique, normacol	1	0,5-1 Normacol 5 sachets/j



ements prescrits :

Les thérapeutiques	Durées moyenne/extrêmes journalières initiales
PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol	Pour exemple, 1 ^{ère} ligne, 1 ^{ère} valeur :
SUPPO = suppositoire	Les laxatifs de type PEG sont prescrits pour une durée
LAV = lavement	Moyenne journalière de 101 jours en extrêmes, une durée allant de 3 à 365 jours

Classes thérapeutiques	Durée moyenne (en jour)	Durées extrêmes (en jour)
PEG	101	3-365
Non PEG	351,9	10-1095
Laxatifs lubrifiants	20	10-30
Moyenne de tous les laxatifs	174,3	3-1095
SUPPO	250,5	10-730
Désimpaction : LAV, préparation colique, normacol	11,7	1-365

Les laxatifs osmotiques autres

Nature : le Duphalac a été prescrit dans 47,1% des cas.

Durée ; dans 55,55% des cas la durée de prescription était inférieure à 6 mois.

Les suppositoires :

Nature :

Dans 80%, il s'agissait de suppositoires de Microlax.

- 42,8% ont eu une prescription inférieure à 21 jours
- 42,8% ont eu une prescription égale à 21 jours
- 14,3 ont eu une prescription à la demande.

• La désimpaction

Nature : la désimpaction a été assurée dans :

80% des cas par la prescription de lavement de type Normacol

Durée:

- 55,6% ont eu une prescription inférieure à 3 jours
- 33,33% ont eu une prescription égale à 3 jours
- 11,11% ont eu une prescription supérieure à 3 jours

Il n'avait pas d'information concernant la durée de prescription des classes thérapeutiques suivantes:

- Les règles hygiéno-diététiques
- Les consultations psychologue/psychiatre
- La rééducation

Remarque : En moyenne, au cours de la prise en charge de l'encoprésie et de la constipation, les laxatifs ont été prescrits en moyenne pour une durée de 166,3 jours avec des extrêmes allant de 3 à 1095 jours.

L'observance :

Légende :

Un défaut d'observance est une thérapeutique prescrite non ou partiellement suivie :

Défaut d'observance	encoprésie	Constipation
% enfants traités présentant un défaut d'observance	32,2%	32%
% de thérapeutiques prescrites non ou partiellement suivies	16,5%	16,3%

Encoprésie et niveau d'observance pour chaque thérapeutique :

Légende :

Les classes thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol Non PEG= autres laxatifs osmotiques SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Pour exemple, la première ligne, première valeur : 93,5% des laxatifs de type PEG, prescrits dans la prise en charge de la constipation, sont suivis
---	---

Encoprésie	Suivi	Partiellement suivi	Non suivi
PEG	93,5%	6,5%	0%
non PEG	94,1%	5,9%	0%
Laxatifs lubrifiants	100%	0%	0%
Laxatifs	94%	6%	0%
SUPPO	77,8%	11,1%	11,1%
LAV	86,7%	13,3%	0%
DIET	60%	20%	20%
Rééducation comportementale	66,7%	16,7%	16,7%
Consultations psychologue/psychiatre	80%	20%	0%
Traitements autres	100%	0%	0%

Encoprésie et niveau d'observance pour chaque thérapeutique :

Légende :

Les classes thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol Non PEG= autres laxatifs osmotiques SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Pour exemple, la première ligne, première valeur : 86, 7% des laxatifs de type PEG, prescrits dans la prise en charge de la constipation, sont suivis
---	--

Encoprésie	Suivi	Partiellement suivi	Non suivi
PEG	86,7%	13,3%	0%
non PEG	100%	0%	0%
Laxatifs lubrifiants	100%	0%	0%
Laxatifs	92,2%	7,8%	0%
SUPPO	90%	5%	5%
LAV	88,9%	0%	11,1%
DIET	62,1%	27,6%	10,3%
Rééducation comportementale	75%	12,5%	12,5%
Consultations psychologue/psychiatre	0%	100%	0%
Traitements autres	0%	100%	0%

Encoprésie et niveau d'observance pour chaque thérapeutique :

Légende :

Les classes thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol Non PEG= autres laxatifs osmotiques SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Pour exemple, la première ligne, première valeur : Les laxatifs osmotiques de type PEG prescrits dans la prise en charge de l'encoprésie présentent un défaut d'observance car ils sont jugés inefficaces dans 100% des cas
---	--

invoquées selon les différentes classes thérapeutiques		Traitement difficile	Traitement inefficace	Refus de l'enfant	Traitement efficace	Traitement douloureux	Traitement jugé dangereux	Pas de réponse
PEG	Encoprésie	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
	Constipation	25%	25%	25%	25%	0%	0%	0%
NON PEG	Encoprésie	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Laxatifs	Encoprésie		100%					
	Constipation	25%	25%	25%	25%			
SUPPO	Encoprésie pas 100% car plusieurs réponses pour un même cas	33,3%	50%	50%	0%	0%	0%	0%
	Constipation	33,3%	33,3%	0%	0%	33,3%	0%	0%
LAV	Encoprésie	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%
	Constipation	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
DIET	Encoprésie pas 100% car plusieurs réponses pour un même cas	33,3%	16,67%	33,3%	0%	0%	0%	33,3%
	Constipation	54,5%	9%	9%	0%	0%	0%	33,3%
Rééducation comportementale	Encoprésie	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%
	Constipation	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%
Consultation psychologue/Psychiatre	Encoprésie	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%
	Constipation	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%
Moyenne	Encoprésie pas 100% car plusieurs réponses pour un même cas	30%	45%	30%	0%	0%	0%	10%
	Constipation	45%	15%	20%	5%	5%	0%	15%

ce soit pour l'encoprésie ou la constipation, quand
ce, ont été arrêtés en raison de l'augmentation de
souillures.

V.7-Efficacité et tolérance

Encoprésie, ; efficacité et tolérance des différentes classes thérapeutiques prescrites :

Légende :

	Concernant l'efficacité	Concernant la tolérance	
1	Très efficace	Très bonne	PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol
2	Assez efficace	Moyenne	Non PEG = autres laxatifs osmotiques
3	Peu efficace	Faible	SUPPO ; suppositoire
4	inefficace	nulle	LAV = lavement DIET : conseils hygiéno-diététiques

1 est donc proche de l'optimal

4 est donc proche du minimal

		Efficacité		Tolérance	
laxatifs		2,4		1,3	
PEG sans LAV Associé,	PEG avec LAV Associé,	2,3	2	1,4	1,4
Non PEG sans LAV Associé,	Non PEG avec LAV Associé,	2,93	1	1,1	1
Laxatifs lubrifiants		2		2	
SUPPO		2,1		2,1	
LAV		1,8		2,4	
DIET		3,5		3,7	
Consultations psychologue/psychiatre		2,5		1	
Rééducation comportementale		4		3	
Autres		3		1	

Constipation : efficacité et tolérance des différentes classes thérapeutiques prescrites

Légende :

	Concernant l'efficacité	Concernant la tolérance	
1	Très efficace	Très bonne	PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol Non PEG = autres laxatifs osmotiques SUPPO ; suppositoire LAV = lavement DIET : conseils hygiéno- diététiques
2	Assez efficace	Moyenne	
3	Peu efficace	Faible	
4	inefficace	nulle	

1 est donc proche de l'optimal

4 est donc proche du minimal

Consipation		Efficacité		Tolérance	
laxatifs		2,6		1,4	
PEG sans LAV Associé	PEG avec LAV Associé	2,6	2	1,5	1,3
Non PEG sans LAV Associé	Non PEG avec LAV Associé	3,3	1	1,6	1
Laxatifs lubrifiants		1,3		1	
SUPPO		1,9		1,5	
LAV		1,9		2,7	
DIET		4		3,1	
Consultations psychologue/psychiatre		0		0	
Rééducation comportementale				3,6	
Autres				1	

V.8-Échec: causes et attitude thérapeutiques face à l'échec

La prescription (dose, durée, composition) des traitements antérieurement prescrits à été comparée aux recommandations de la littérature scientifique.

V.8.A-Taux d'échec des traitements antérieurement prescrits

Le succès d'un traitement a été apprécié des parents et de l'enfant

Encoprésie, ; efficacité et tolérance des différentes classes thérapeutiques prescrites :

Légende :

Tx = taux

ttt = traitement

	Encoprésie	Constipation
Tx d'échec parmi les ttt de 1 ^{ère} intention	32,3%	72%
Tx d'échec parmi les ttt de 2 ^{ème} intention	41,2%	64,3%
Tx d'échec parmi les ttt de 3 ^{ème} intention	54,6%	83,3%
Tx d'échec parmi les ttt de 4 ^{ème} intention	33,3%	60%
Tx d'échec parmi les ttt de 5 ^{ème} intention	50%	66,7%
Tx d'échec parmi les ttt de 6 ^{ème} intention	100%	Pas de ttt de 6 ^{ème} intention prescrit

V.8.B-Causes : Pour étudier les possibles erreurs de thérapeutique, les références utilisées étaient les suivantes :

- Les doses recommandées par le VIDAL
- La durée et la composition ((qualité) des traitements préconisées dans la littérature scientifique, utilisée pour établir l'état des lieux.
- Les données recueillies par le questionnaire pour évaluer l'observance.

En ce qui concerne la composition des traitements, prescrits pour la constipation, 2 critères ont été recherchés :

- L'absence de prescription de règles hygiéno-diététiques
- L'absence de prescription de laxatif à partir des traitements prescrits en 2^{ème} intention.

Légende :

Tx = taux

ttt = traitement

ttt de 1^{ère} intention = parmi les traitements prescrits en 1^{ère} intention et soldés par un échec dans ...%

des cas, une erreur de.. est retrouvée

% Moyen = parmi tous les traitements prescrits soldés par un échec, dans..% des cas une erreur de.. est retrouvée.

Dosage inconnu :

1^{ère} ligné, 1^{er} valeur = parmi les traitements prescrits en 1^{ère} intention et soldés par un échec dans..% des cas, une absence d'information concernant le dosage d'une thérapeutique prescrite est retrouvée.% Moyen = parmi tous les traitements prescrits soldés par un échec, dans..% des cas une absence d'information concernant le dosage d'une thérapeutique prescrite est retrouvée.

Durée inconnue :

1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur = parmi les traitements prescrits en 1^{ère} intention et soldés par un échec dans ...% des cas, une absence d'information concernant la durée de prescription d'une thérapeutique prescrite est retrouvée

% Moyen = parmi tous les traitements prescrits soldés par un échec, dans..% de cas une absence d'information concernant la durée de prescription d'une thérapeutique prescrite est retrouvée

Encoprese	dose	durée	Qualité	observance	Dosage inconnu	Durée inconnue
ttt de 1 ^{ère} intention avec échec	23,8%	38,1%	85,7%	28,6%	23,8%	19,1%
ttt de 2 ^{ème} intention avec échec	0%	50%	100%	40%	40%	40%
ttt de 3 ^{ème} intention avec échec	0%	40%	80%	0%	0%	20%
ttt de 4 ^{ème} intention avec échec	0%	25%	100%	66,7%	25%	25%
ttt de 5 ^{ème} intention avec échec	0%	0%	100%	100%	100%	100%
% Moyen pour les ttt avec échec	12 2%	39%	90,2%	31,7%	26,8%	25,6%

**Constipation et proportion des principales causes d'erreurs thérapeutiques
dans la prise en charge antérieure :**

Légende :

Tx = taux

ttt = traitement

ttt de 1^{ère} intention = parmi les traitements prescrits en 1^{ère} intention et soldés par
un échec dans ...%

des cas, une erreur de.. est retrouvée

% Moyen = parmi tous les traitements prescrits soldés par un échec, dans..% des
cas une erreur de.. est retrouvée.

1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur = parmi les traitements prescrits en 1^{ère} intention et soldés par un échec dans...% des cas, une absence d'information concernant le dosage d'une thérapeutique prescrite est retrouvée.% Moyen = parmi tous les traitements prescrits soldés par un échec, dans...% des cas une absence d'information concernant le dosage d'une thérapeutique prescrite est retrouvée.

Durée inconnue :

1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur = parmi les traitements prescrits en 1^{ère} intention et soldés par un échec dans ...% des cas, une absence d'information concernant la durée de prescription d'une thérapeutique prescrite est retrouvée

% Moyen = parmi tous les traitements prescrits soldés par un échec, dans...% de cas une absence d'information concernant la durée de prescription d'une thérapeutique prescrite est retrouvée.

Constipation	dose	durée	Qualité	observance	Dosage inconnu	Durée inconnue
ttt de 1 ^{ère} intention avec échec	55,6%	55,6%	55,6%	44,4%	44,4%	22,2%
ttt de 2 ^{ème} intention avec échec	33,3%	66,7%	55,6%	44,4%	55,6%	33,3%
ttt de 3 ^{ème} intention avec échec	20%	80%	60%	50%	30%	20%
ttt de 4 ^{ème} intention avec échec	0%	33,3%	100%	66,7%	66,7%	66,7%
ttt de 5 ^{ème} intention avec échec	0%	50%	50%	50%	50%	50%
% Moyen pour les ttt avec échec	35,7%	61,9%	59,5%	47,6%	45,2%	28,6%

face à l'échec

Pour chaque traitement, soldé par un échec, la réponse, apportée par le corps médical, a été étudiée

Constipation et proportion des principales causes d'erreurs thérapeutiques dans la prise en charge antérieure :

Légende :

- ttt = traitement
- pas d'autre ttt proposé = face à l'échec du traitement aucun autre traitement n'est proposé
- changement = le traitement proposé a subi un changement de dose, et/ou de durée, et/ou de type de laxatif et/ou de classe thérapeutique, et/ou un faux changement.
- ttt identique = le traitement proposé est identique au précédent
- ttt complété) le traitement proposé se compose du traitement précédent auquel est ajouté une ou plusieurs thérapeutiques.
- Ttt allégé) le traitement proposé est allégé
- Rep n° 1 = face à l'échec d'un traitement, la 1ère réponse apportée est dans ...% des cas un traitement.. une réponse se définit par un changement, ou un traitement complété, ou un traitement allégé, ou un traitement identique, ou l'absence d'une autre proposition thérapeutique.
- % Moyen = face à l'échec d'un traitement dans..% des cas un traitement.. est proposé.

	Ttt proposé	Ttt identique	Ttt complété	Ttt allégé	changement
Rep n° 1	38,5%	0%	7,7%	3,9%	50%
Rep n° 2	41,7%	8,3%	16,7%	0%	33,3%
Rep n° 3	33,3%	16,7%	16,7%	0%	33,3
Rep n° 4	50%	25%	0%	0%	25
Rep n° 5	100%	0%	0%	0%	0%
% Moyen	40,9%	6,1%	10,2%	2%	40,8%

Encoprésie et type de changement apporté lorsque le traitement proposé subi un changement :

Légende :

- Chgt dose = le traitement proposé est le même que celui proposé antérieurement avec un changement dans le dosage.
- Chgt durée = le traitement proposé est le même que celui proposé antérieurement avec un changement dans la durée de prescription.
- Chgt lax = la traitement proposé est un autre type de laxatif que celui proposé antérieurement
- Chgt classe = le traitement proposé appartient à une classe thérapeutique que celui proposé antérieurement
- Fx chgt = le traitement proposé porte un autre nom commercial mais il s'agit en fait du même traitement
- 1=la 1^{ère} réponse apportée lorsque le traitement proposé subi un changement est dans ...% des cas un changement de ...
- M Moyen = face à l'échec d'un traitement lorsque celui-ci subi un changement dans..% on observe un changement

Encoprésie	Changer	Chgt de	Chgt durée	Chgt Lax	Chgt Classe	Faux Chgt
Rep n° 1	50%	7,7%	11,5%	7,7%	11,5%	11,5%
Rep n° 2	33,3%	8,3%	0%	25%	0%	0%
Rep n° 3	33,3%	16,7%	0%	0%	16,7%	0%
Rep n° 4	25%	0%	0%	0%	5%	0%
Rep n° 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%
% Moyen	40,8%	8,2%	6,2%	10,2%	10,2%	6,2%

Constipation et attitude thérapeutique face à l'échec :

Légende :

- ttt = traitement
- pas d'autre ttt proposé = face à l'échec du traitement aucun autre traitement n'est proposé
- changement = le traitement proposé a subi un changement de dose, et/ou de durée, et/ou de type de laxatif et/ou de classe thérapeutique, et/ou un faux changement.
- ttt identique = le traitement proposé est identique au précédent
- ttt complété) le traitement proposé se compose du traitement précédent auquel est ajouté une ou plusieurs thérapeutiques.
- Ttt allégé) le traitement proposé est allégé
- Rep n° 1 = face à l'échec d'un traitement, la 1ère réponse apportée est dans ...% des cas un traitement.. une réponse se définit par un changement, ou un

traitement allégé, ou un traitement identique, ou
position thérapeutique.

- % Moyen = face à l'échec d'un traitement dans..% des cas un traitement.. est proposé.

Constipation	Pas d'autre ttt proposé	Ttt identique	Ttt complété	Ttt allégé	changement
Rep n° 1	35%	5%	5%	10%	45%
Rep n° 2	8,3%	16,7%	16,7%	8,8%	50%
Rep n° 3	50%	20%	10%	0%	20%
Rep n° 4	50%	50%	0%	0%	0%
Rep n° 5	100%	0%	0%	0%	0%
% Moyen	35,4%	14,6%	8,3%	6,3%	35,4%

Constipation et type de changement apporté lorsque le traitement proposé subit un changement :

Légende :

- Chgt dose = le traitement proposé est le même que celui proposé antérieurement avec un changement dans le dosage.
- Chgt durée = le traitement proposé est le même que celui proposé antérieurement avec un changement dans la durée de prescription.
- Chgt lax = la traitement proposé est un autre type de laxatif que celui proposé antérieurement

proposé appartient à une classe thérapeutique que

- Fx chgt = le traitement proposé porte un autre nom commercial mais il s'agit en fait du même traitement
- 1=la 1^{ère} réponse apportée lorsque le traitement proposé subi un changement est dans ...% des cas un changement de ...
- M Moyen = face à l'échec d'un traitement lorsque celui-ci subi un changement dans..% on observe un changement

constipation	Changement	Chgt dose	Chgt durée	Chgt Lax	Chgt Classe	Faux Chgt
Rep n° 1	45%	0%	5%	10%	20%	10%
Rep n° 2	50%	16,7%	0%	25%	0%	8,3%
Rep n° 3	20%	0%	0%	0%	20%	0%
Rep n° 4	0%	0%	0%	0%	5%	0%
Rep n° 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%
% Moyen	35,4%	4,2%	2%	10,4%	12,5%	6,3%

VI.1 Composition des traitements prescrits

Encoprésie et pourcentage de combinaisons prescrites comprenant les différentes classes thérapeutiques :

Légende :

Les classes thérapeutiques	Les pourcentages
PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol	Ils font référence au pourcentage de traitements prescrits
Non PEG= laxatifs osmotiques autres	Comportant une classe de médicament
SUPPO = suppositoire	Pour exemple, la première ligne, première valeur : 82% des traitements prescrits comportent un laxatif de type PEG.
LAV = lavement	
DIET = conseils hygiéno-diététiques	

% de combinaisons prescrites	100%
-------------------------------------	------

% de combinaisons prescrites comprenant :	
PEG	82%
NON PEG	0%
Laxatifs	78,6%
SUPPO	92,9%
LAV	92,9%
DIET	7,1%
Consultation psychologue/psychiatre	82,1%
Rééducation comportementale	2.9%



t au moins :	
	78,6%
NON PEG/SUPPO	0%
Laxatifs/SUPPO	78,6%
PEG/DIET	92,9%
NON PEG/DIET	0%
Laxatifs/DIET	92,9%
PEG/LAV	92,9%
NON PEG/LAV	0%
Laxatifs/LAV	92,9%

% de combinaisons comprenant au moins :	
PEG/SUPPO/DIET	78,6%
NON PEG/SUPPO/DIET	0%
Laxatifs/SUPPO/DIET	78,6%
PEG/SUPPO/DIET	75%
NON PEG/SUPPO/LAV	0%
Laxatifs/SUPPO/LAV	75%
PEG/LAV/DIET	89,3%

% de combinaisons comprenant au moins :	
PEG/SUPPO/LAV/DIET	75%

% de combinaisons prescrites comportant l'association d'au moins 2 médicaments identiques :	78,6%
---	-------

nents prescrits

Dose des traitements prescrits :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement	Doses moyenne /extrêmes journalières initiales : Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : Les laxatifs de type PEG sont prescrits à la dose Moyenne journalière de 14,7 grammes avec comme extrêmes 12 à 20 grammes par jour.
---	--

Classes thérapeutiques	Dose moyenne journalière	Doses extrêmes journalières
PEG	14,7g	12-20g
SUPPO	1	1-1
LAV		
Normacol	1	1-1

Durée des traitements prescrits :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement	Doses moyenne /extrêmes journalières initiales : Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : Les laxatifs de type PEG sont prescrits pour une durée moyenne de 240 jours avec extrême, une durée allant de 90 à 365 jours.
---	---

Classes thérapeutiques	Durée moyenne (en jour)	Durées extrêmes (en jour)
PEG	240	90-365
Non PEG	21	21-21
Lav	4,4	2-8
Normacol	2,9	2-3
DIET et rééducation comportementale et consultation psychologue/psychiatre		Traitement instauré au long cours

VI.3-Résultats de la prise en charge spécialisée à 3 mois

Présence de la consultation de contrôle :

Présence à la consultation de contrôle	
Cas présents à la consultation de réévaluation	82,9%
Cas absents	11,4%
Cas en attente de la consultation de réévaluation	5,7%

Présence de la consultation de contrôle :

Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur: chez 44,8% des enfants qui consultent, les parents ont notés une guérison complète

Evolution subjective selon les parents et l'enfant	
Guérison complète	44,8%
Nette amélioration	17,2%
Amélioration moyenne	13,8%
Amélioration minime	17,2%
Absence d'amélioration	6,9%
aggravation	0%

selon chaque groupe avant la prise en charge

Légende

- /sem = par semaine
- 1 à 3 fuites/sem = % d'enfants qui présentent avant la prise en charge spécialiste
1 à 3 fuites par semaines

Nombre de fuites moyenne selon chaque groupe avant la prise en charge spécialisée :	
Moyenne	10,4 fuites/sem
Groupe	
1 à 3 fuites/sem	0%
4 à 7 fuites/sem	60,7% (moyenne de 6,5 fuites)
8 à 14 fuites/sem	14,3% (moyenne de 12 fuites)
15 à 21 fuites/sem	25% (moyenne de 19,1 fuites)

Nombre de fuites moyenne selon chaque groupe lors de la réévaluation de la prise en charge spécialisée à 3 mois :

Légende

- /sem = par semaine
- 1 à 3 fuites/sem = % d'enfants qui reconsultent, présentant de la réévaluation
1 à 3 fuites par semaines

lon chaque groupe de la réévaluation de la prise en charge spécialisée à 3 mois:

Moyenne	10,4 fuites/sem
Groupe	
Guérison complète	44,80% guérison complète
1 à 3 fuites/sem	17,2% (moyenne de 1,47 fuites)
4 à 7 fuites/sem	34,5% (moyenne de 5,89 fuites)
8 à 14 fuites/sem	3,5% (moyenne de 10 fuites)
15 à 21 fuites/sem	0%

Amélioration en moyenne et selon chaque groupe lors de la réévaluation :

Légende

- /sem = par semaine

- Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur : les enfants, présentant 3 à 7 fuites par semaine avant l'entrée dans l'étude ont 1,3 fois moins de fuites par semaine lors de la réévaluation

Amélioration en moyenne et selon chaque groupe lors de la réévaluation		
groupe	3 à 7 fuites/ sem	1,3 fois moins de fuites par semaine soit une baisse de 75,4%
	7 à 14 fuites/ sem	1,9 fois moins de fuites par semaine soit une baisse de 53,3%
	14 à 21 fuites/ sem	6,4 fois moins de fuites par semaine soit une baisse de 84,3%

ue groupe pour obtenir des résultats :

Legende

- /sem = par semaine
- Moyenne : la durée moyenne nécessaire pour obtenir ces résultats est de 20,1
- Groupe : Pour exemple, 1^{ère} ligne, 1^{ère} valeur. pour les enfants, présentant 3 à 7 fuites par semaine avant l'entrée dans l'étude une durée moyenne de 17,8 jours est nécessaire pour obtenir l'amélioration observée.

Amélioration en moyenne et selon chaque groupe lors de la réévaluation		
Moyenne		20,1 jours
groupe	3 à 7 fuites/ sem	La durée moyenne nécessaire est de 17,8 jours. Dans 6,67% des cas la durée moyenne nécessaire est de 152 jours Dans 86,7% des cas la durée moyenne nécessaire est de 4,23 jours
	8 à 14 fuites/ sem	La durée moyenne nécessaire est de 5 jours
	15 à 21 fuites/ sem	Dans 14,3% des cas la durée moyenne nécessaire est de 106,46 jours Dans 14,3% des cas la durée moyenne nécessaire est de 12 jours Dans 71,4% des cas la durée moyenne nécessaire est inférieure ou égale à 9 jours

Légende

- Un défaut d'observance est une thérapeutique prescrite non ou partiellement suivie

Défaut d'observance	Encoprésie
% enfants présentant un défaut d'observance parmi ceux qui reconsultent	46,4%
% de thérapeutiques prescrites non ou partiellement suivies	19,5%

Niveau d'absence en pourcentage pour chaque classe thérapeutique :

Légende :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Pour exemple, la première ligne, première valeur : 64,3% des laxatifs de type PEG, prescrits dans la prise en charge de la constipation, sont suivis
---	--

Niveau d'observance en% pour chaque classe thérapeutique :	Suivi	Partiellement suivi	Non suivi
PEG	64,3%	32,1%	3,6%
Laxatifs lubrifiants	100%	0%	0%
Laxatifs	65,5%	31,1%	3,4%
SUPPO	86,4%	0%	13,6%
LAV	96,2%	0%	3,8%
DIET	76,9%	15,4%	7,7%
Rééducation comportementale	87%	8,7%	4,3%
Consultations psychologue/psychiatre	0%	0%	100%

sons invoquées selon les différentes classes

Légende :

Les thérapeutiques PEG = laxatifs à base de polyéthylène glycol SUPPO = suppositoire LAV = lavement DIET = conseils hygiéno-diététiques	Les pourcentages Pour exemple, la première ligne, première valeur : lorsque les lavements font l'objet d'un dé »faut d'observance, ils sont en fait refusés dans 100% des cas par l'enfant
--	--

Défaut d'observance	
Encoprésie	
PEG	30% arrêt car efficacité thérapeutique 30% arrêt car thérapeutiques jugée dangereuse 20% refus de l'enfant 10% inefficace 10% aggravation sous traitement
SUPPO	25% arrêt car efficacité thérapeutique 25% refus de l'enfant 50% des cas pas de réponse
LAV	100% de refus de l'enfant
DIET	14,29% refus de l'enfant 85,71% des cas pas de réponse
Rééducation comportementale	100% difficile à suivre
Consultations Psychologue/psychiatre	100% difficile à suivre

and ils posent un problème d'observance sont dans
augmentation des fuites.

3- Encoprésie sur maladie d'Hirschsprung :

- formes anatomiques :

- recto-sigmoïdiennes : 25,71%
- colique droite : 2,85%
- colique gauche : 2,85%
- colon descendant : 0%
- Colon transverse : 0%
- Colique totale + grêle : 11,42%

- Rapport M/F : 2,5

- Histoire familiale : 7%

- Malformations associées :

- Down's syndrome : 0%
- Anomalies génito-urinaires : 0%
- Cardiopathies congénitales : 0%
- Syndrome de waardenburg: 0%
- Malformation sacrée associée : 2,85%

- Symptômes :

- Non élimination du méconium :

- 24 h = 58,36%
- 48 h = 11,42%

• ASI .

- pratiquée dans 80% des cas.
- elle a montré chez 62,85% l'existence d'un fécalome récto-sigmoïdien
- L'exploration fonctionnelle ano-rectale, pratiquée chez tous les cas, d'encoprésie, a révélé, chez 62,85% des cas :
 - RRAI absent : Aganglionie seuil de sensibilité rectale consciente normal
 - Contraction anale volontaire normale
 - Compliance rectale -.
 - Occlusion intestinale aiguë : 5,71%
 - Entérocolite : 22,85%
 - Constipation : 22,85%
 - Perforation intestinale : 0%
 - Encoprésie : 27,71%.
 - Age moyen à l'intervention :
 - Segments courts : 12 mois
 - Segments longs : 15 mois
 - Patients bénéficiant d'une colostomie : 11,42%
 - Technique d'anastomose colorectale :
 - DUHAMEL : 62,85%
 - SOAVE : 2,85%
 - SWENSON : 0%
 - Evolution post-opératoire :

Pas connue	favorable	Partiellement favorable	Pas favorable
0%	45,71%	5,71%	2,85%

*** A moyen terme :**

Pas connue	favorable	Partiellement favorable	Pas favorable
2,85%	4%	11,42%	0%

La complication post-opératoire immédiate est notée chez 1 enfant opéré, et marquée par une péritonite post-opératoire à pseudomonas, et qui est amélioré par la prise de quinolones.

*** A moyen terme :**

Pas connue	Favorable	Partiellement favorable	Pas favorable
2,85%	31,42%	54, 31%	11,42%

La complication à long terme est marquée par la persistance de l'encoprésie, observée chez 4 enfants (11,42%)



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Discussion



ctionnelle :

Cette étude a montré que chez les enfants souffrant d'encoprésie sur constipation, en échec thérapeutique, on retrouve :

- Un diagnostic tardif de constipation à la fois par l'entourage et par le corps médical.
- La mise en place d'une stratégie thérapeutique tardive, comportant des erreurs de composition, dose, et de durée, influençant ainsi sur l'efficacité et la tolérance des thérapeutiques prescrites.
- Une observance altérée par l'efficacité, la tolérance des thérapeutiques, et par des explications confuses, absentes, données par un nombre multiple d'interlocuteurs.
- Une abstention thérapeutique fréquente comme issue à un traitement ou à une série de traitements inefficaces.
- Un suivi souvent absent.

Cette étude a montré également que, chez des enfants en échec thérapeutique depuis "de nombreuses années, on peut à l'aide d'un traitement adapté, de bonnes explications et un suivi, obtenir en moins d'un mois, chez près de la moitié des enfants, une disparition des symptômes.

Mais il faut pondérer ces résultats, car le recueil des données n'a pas été sans faille. Il a été parfois difficile d'obtenir certaines informations basées sur la mémoire des parents. Notamment en ce qui concerne les traitements essayés lors de la prise en charge antérieure.

En effet, les parents n'avaient pas à disposition les ordonnances avec la date, les thérapeutiques, les doses et les durées de prescription.

D'autre part, les enfants inclus étaient tous en échec thérapeutique, il est donc

s à tous les enfants souffrant d'encoprésie sur qu'ils soient nombreux dans ce cas et qu'ils seront vus un jour.

Une étude personnelle, non publiée, a permis de mettre en évidence un sous-diagnostic de la constipation et de l'encoprésie. Cette étude prospective, menée en 2009 sur 53 enfants, avait pour but d'évaluer l'efficacité d'un dépistage systématique de la constipation en médecine de ville selon les critères du ROME III.

Concernant la constipation :

- 24,53% des enfants étaient constipés
- Aucun n'a consulté pour constipation
- 30,77% des enfants constipés ont été diagnostiqués en posant simplement la question aux parents.
- 69,23% des enfants constipés ont été diagnostiqués en utilisant les critères du ROME III
- Les critères du ROME III les plus souvent retrouvés chez l'enfant constipé sont les douleurs/difficultés à la défécation (84,6%) et l'attitude rétentionnelle (76,9%)

Concernant l'encoprésie :

- 5,7% des enfants inclus présentaient une encoprésie.
- 1/3 ont consulté pour ce motif et 2/3 ont été diagnostiqués grâce aux critères du ROME III.
- 23,87% des enfants constipés souffraient d'encoprésie et 8.5% souffraient d'énurésie

lus significative avec un nombre de cas inclus

En effet, les enfants inclus souffrent d'une encoprésie sur constipation en moyenne depuis plus de 5 ans, avec des extrêmes allant de 4 mois à 10 ans (voir tableau n° 4 p.55).

Dans l'étude rétrospective réalisée par McDonald en 2004, les enfants inclus souffrent d'encoprésie depuis plus d'1 an, avec des extrêmes allant de 6 mois à 15 ans.

1. Avant la prise en charge spécialisée

2. II.1 Histoire de la maladie avant la prise en charge médicale

II.1. Age de début des symptômes

L'encoprésie :

- Dans 42,82% des cas, l'encoprésie a débuté avant 4 ans, avec un âge moyen de début des symptômes de 3 ans et 11 mois. ;

Il existe une part non négligeable d'encoprésie primaire

L'étude rétrospective réalisée par McDonald montre que l'âge moyen des cas inclus au moment du diagnostic de l'encoprésie est de 2 ans et 15 jours.

D'autre part, une étude réalisée par Fishman en 2003 sur 5 groupes d'enfants, chaque groupe étant étudié sur une période de 5 années consécutives, a mis en évidence une augmentation de la proportion d'encoprésie primaire au cours du temps.

L'encoprésie primaire est plus fréquente quand :

- l'enfant est puni lors de l'apprentissage de la propreté
- il existe une interruption dans l'apprentissage de la propreté.
- l'enfant répond par la provocation.

ultés rencontrées aurait été une étude réalisée en
avec le médecin traitant.

On remarque également que le recours à l'avis spécialisé ne se fait que tardivement.

La constipation:

La constipation, chez les cas inclus, apparaît également précocement puisque dans près 30% des cas, elle commence avant l'âge de 18 mois (dans 80% des cas, elle est primitive) et dans près de la moitié des cas, elle commence avant l'âge de 4 ans. Or, selon-la définition du ROME III, les critères diagnostiques de constipation sont applicables à un enfant de plus de 4 ans.

Elle apparaît également à des étapes charnières, puisque l'âge moyen de début correspond à l'âge moyen d'acquisition de la propreté.

II.1.b} Diagnostic par l'entourage

Cette question n'a pas été abordée, mais d'autres études l'ont fait.

L'étude, réalisée par *Fishman*, a mis en évidence que le diagnostic d'encoprésie rapidement fait par les parents, mais qu'il peut être retardé si l'enfant essaie de dissimuler son encoprésie ; Ce qui est le cas chez 46 à 53% des enfants, par honte. Cette étude n'a pas recherché quand et sur quels signes les parents ont pu faire le diagnostic de constipation, mais on sait que la constipation est dans plus de 50% des cas ignorée des parents. Le diagnostic, fait par l'entourage, est donc tardif ;ce qui peut expliquer un délai de consultation long.

❖ **Constat :**

L'encoprésie :

Le délai de consultation s'est considérablement réduit puisque :

- Dans les années 90, selon une étude réalisée par *Fishman*, Il était, dans 12% des cas, supérieur à 3 ans avec un âge moyen de 6,5 ans au moment du diagnostic.
- Dans l'étude turque rétrospective de Unal, réalisée en 2005, sur 67 cas pris en charge en milieu spécialisé entre 1995 -1996, l'âge moyen de début des symptômes était de 6 ans avec un délai moyen de consultation de 2 ans.
- Dans l'étude rétrospective de MacDonald en 2004, étudiant la prise en charge de l'encoprésie sur 34 cas, le délai moyen de consultation est supérieur à 12 mois, avec des extrêmes allant de 6 mois à 15 ans.
- Dans l'étude réalisée, il est, dans seulement 8,6% des cas, supérieur à 2 ans avec un âge moyen de 4 ans 9 mois au moment du diagnostic.
- Mais il existe encore des progrès à faire, car le délai moyen de consultation est de 10 mois avec, dans près d'un 1/3 des cas, un délai de plus de 6 mois.

La constipation :

Le délai moyen de consultation est également de 10 mois avec dans plus d'1/3 des cas un délai de plus de 6 mois.

L'encopresie .

Les parents sont peu informés sur l'encoprésie et ses causes. En effet, on remarque que dans cette étude, les causes invoquées par les parents pour justifier le délai de consultations sont principalement:

- L'absence d'innocuité
 - la paresse de l'enfant
 - une résolution spontanée attendue.
- Une cause psychiatrique/psychologique.

L'étude menée par *Fishman* a mis en évidence le fait que seulement 11 à 18% des enfants et 24 à 33% des parents connaissent un autre enfant souffrant des mêmes symptômes. On retrouve également la même perception sur les causes et mécanismes de l'encoprésie (paresse, cause psychiatrique, négligence) excepté une part plus importante de causes organiques expliquant les symptômes.

Une bonne information est bénéfique dans la prise en charge.

L'étude rétrospective de *Bernard-Bonnin* réalisée à partir de 63 cas, suivis pendant 3 ans et demi en moyenne, a mis en évidence que la perception de l'encoprésie par les enfants et les parents s'améliore avec le temps. En effet, l'encoprésie est expliquée par les parents dans 53,5% des cas par un dysfonctionnement intestinal, dans 46,4% des cas par la peur d'une défécation douloureuse, avec, en conséquence, une encoprésie à moyen terme, par attitude de rétention. Pour eux, il s'agit d'un problème important (64,2%), responsable de douleurs abdominales et de défécation, avec une atteinte de l'estime de soi. Mais on retrouve encore que, dans 10,7% des cas, les parents pensent que l'encoprésie est intentionnelle.

Le délai d'attente peut s'expliquer également par la bonne tolérance de la constipation par les parents (47,1%) comparée à celle de l'encoprésie (16,67%). Youssef a mené, en 2005, une étude sur la qualité de vie des enfants souffrant de troubles fonctionnels intestinaux (TFI). Il a démontré que, chez les enfants souffrant de constipation, la douleur est responsable de l'altération de la qualité de vie, et celle-ci n'est pas influencée par l'association ou non d'une encoprésie.

L'expérience de la douleur dure plusieurs mois avant le début de l'encoprésie et, chez 63% des enfants souffrant d'encoprésie, elle a commencé avant l'âge de 36 mois.

❖ **Motifs motivant la consultation :**

La consultation est souvent motivée au stade de complications : encoprésie, énurésie, douleurs abdominales.

II.1.d) Conclusion à propos de l'histoire de la maladie avant la prise en charge

L'âge de début d'encoprésie pourrait être revu à la baisse pour permettre un diagnostic plus précoce. En effet, selon les critères du ROME III, en deçà de 4 ans, on considère que l'on ne peut parler d'encoprésie, car l'âge limite d'acquisition de la propreté est porté à 4 ans.

L'apprentissage de la propreté et les conditions d'exonération sont des étapes favorisant l'installation d'une attitude de rétention première étape avant l'apparition d'une constipation. Il faudrait sensibiliser les parents et l'école sur l'importance de toilettes conviviales et adaptées pour éviter la rétention volontaire, une alimentation adaptée avec la nécessité d'une activité physique régulière.

Une information des parents sur les critères du ROME III et les conséquences d'une constipation et encoprésie non traitées pourrait améliorer le dépistage au sein

de consultation au sein d'une population
ge précoce avant le stade de complications.

Le point essentiel est d'apprendre aux parents à repérer l'attitude de rétention, qui est souvent insoupçonnée, or elle est présente chez 90% des enfants constipés selon *Van Djik*.

Par conséquent, une sensibilisation des parents à ce symptôme pourrait permettre une prise en charge précoce.

Une bonne information est également indispensable pour protéger la relation parents- enfant. Il est donc indispensable que le corps médical soit bien informé.

Il y a une part non négligeable d'enfants souffrant d'énurésie au stade de complications de la constipation. On retrouve cette notion dans d'autres études comme celle de *McDonald*. Il faut donc sensibiliser le corps médical sur la recherche d'une énurésie associée et d'une encoprésie quand l'énurésie motive la consultation. Dans l'étude réalisée dans 10,5% des cas, l'énurésie motive la consultation.

II.2 Prise en charge médicale antérieure : généralités

II.2.a) Diagnostic

L'encoprésie :

Le diagnostic de l'encoprésie est facilement fait, mais il faut attendre que les parents abordent le sujet (94,29% des cas). Dans l'étude réalisée par *Fishman*, en 20 ans l'âge - moyen au moment du diagnostic est passé de 9 ans 7 mois à 6 ans 5 mois, sans cause évidente retrouvée.

Dans l'étude réalisée, l'âge moyen, au moment du diagnostic, est de 4 ans et 9 mois.

Concernant la constipation, le diagnostic est tardif. Dans près de 60% des cas, il est fait au moment de celui de l'encoprésie, ou après, ou même parfois ignoré jusqu'à l'entrée dans l'étude (25,71%),

Contrairement à l'encoprésie, le recueil des données n'a pas permis de déterminer si le diagnostic de constipation a été fait par le corps médical ou si les parents ont eux-mêmes abordé le sujet.

II.2.b) Interlocuteurs

L'encoprésie, la constipation et le médecin généraliste:

Le médecin généraliste a toujours été, au fil du temps, l'interlocuteur privilégié des familles.

L'étude rétrospective de *McDonald* a mis en évidence que le médecin traitant établit le diagnostic dans la majorité des cas. Il est donc exposé à prendre en charge sur l'encoprésie constipation.

L'encoprésie et les autres spécialistes consultés au cours du temps :

On observe, au cours du temps, une diversification des spécialistes rencontrés avec un nombre d'interlocuteurs plus nombreux pour chaque enfant.

Les enfants consultent 3 fois plus de psychiatres, 2,4 fois plus de gastro-pédiatres, 1,6 fois plus de gastroentérologues et 1,4 fois plus de pédiatres.

La constipation et les autres spécialistes consultés au cours du temps :

On assiste également à une diversification des spécialistes consultés. Les enfants consultent 3,1 fois plus de gastroentérologues, 1,9 fois plus de pédiatres et 1,7 fois plus de psychiatres. Le nombre de gastro-pédiatres consultés ne change pas au cours du temps.

hé pour quelles raisons un psychiatre/psychologue
tion. Peut-être face à une attitude d'opposition au
moment de l'acquisition de la propreté, ce qui renvoie à l'importance de l'attitude
adoptée par les parents à cette étape charnière du développement de l'enfant.

II.2.c) Explications données par le corps médical

Il faut donc que le corps médical soit, lui aussi, bien informé. Or, dans cette étude concernant l'encoprésie, seulement 30% des explications données par le médecin concernent la constipation, dans 20% des cas une cause psychiatrique est invoquée et dans au moins 17% la paresse et/ou la résolution spontanée sont invoquées.

Concernant les explications relatives à la constipation, dans 11,54% des cas, une cause psychiatrique/psychologique est évoquée, et dans 11, 5% des cas, les explications ne sont pas comprises. On n'a pas recherché pour quelles causes l'enfant a été adressé en consultation psychologue/psychiatre au stade de constipation.

L'étude menée par *Fishman* met également en évidence que l'encoprésie est encore trop souvent considérée comme un événement normal de l'enfance en soins primaires. Et en l'absence d'explications claires, beaucoup de parents continuent à blâmer l'enfant, persuadés que l'encoprésie est volontaire, et ce encore après de nombreuses années d'évolution. Il est donc indispensable de leur expliquer que l'enfant a perdu la sensation de besoin, qu'il faudra en moyenne 6 à 9 mois pour récupérer cette sensation, et que sa sensibilité aux odeurs est diminuée du fait qu'il est fréquemment souillé.

Le nombre moyen d'interlocuteurs, consultés en première intention, est dans 32% (encoprésie) à 46% (constipation) des cas supérieur à 2. Ce taux augmente au cours du temps puisqu'il est supérieur à 2 dans 65,5% des cas pour l'encoprésie, et dans 60% des cas pour la constipation au cours des consultations à répétition, ce qui renforce l'idée de la nécessité d'explications claires pour éviter la confusion.

n du traitement

Le délai d'instauration est en moyenne de 7 mois pour l'encoprésie et de 21 mois pour la constipation. Il est immédiat dans seulement 20% des cas.

On retrouve un résultat similaire dans l'étude rétrospective de *McDonald* où le traitement est immédiat dans seulement 18% des cas.

Pourtant, des études, comme celle de Unal en 2005, insistent sur le fait que le pronostic est meilleur si l'enfant bénéficie d'une prise en charge précoce, avec, comme facteurs prédictifs de guérison pour l'encoprésie.

- de bonnes performances scolaires
- un haut niveau d'éducation des parents
- l'absence de constipation associée
- une prise en charge précoce.
- Les facteurs prédictifs de guérison pour la constipation, cités par *Philichi* sont:
 - début des symptômes après 4 ans
 - absence d'encoprésie ou encoprésie secondaire
 - absence d'antécédents familiaux de constipation

II.2.e) Conclusion à propos des généralités concernant la prise en charge médicale antérieure

Il est nécessaire de sensibiliser le corps médical sur l'importance du diagnostic et d'une prise en charge précoce et les mécanismes mis en jeu dans l'encoprésie sur constipation. On pourrait ainsi réaliser une campagne d'information auprès du corps médical.

11.3. a) Ecnec et causes

Parmi tous les traitements prescrits, 40% des traitements prescrits pour l'encoprésie, contre 71% pour la constipation, sont considérés comme inefficaces par les parents. Le taux d'échec, des traitements prescrits, augmente même au cours du temps.

Afin d'étudier les causes d'échec thérapeutique, chaque traitement prescrit a été comparé au traitement type proposé par la littérature scientifique, utilisé pour l'élaboration, de l'état des lieux.

L'encoprésie :

Les principales causes retrouvées dans la prise en charge de l'encoprésie sont:

- La composition du traitement qui est la première cause retrouvée et de façon très majoritaire (90,2% des cas).
- La durée de prescription est également une cause d'échec fréquemment retrouvée.
- Le dosage est moins problématique.
- Le défaut d'observance prend une place non négligeable dans l'échec thérapeutique, mais sa proportion diminue au cours du temps.

La constipation :

Les principales causes retrouvées sont :

- La durée de prescription qui est 1,6 fois plus problématique que pour l'encoprésie.
- La composition du traitement qui est 1,6 fois moins problématique que pour l'encoprésie.

le juger de la composition du traitement pour la

Le critère retenu et l'absence de conseils hygiéno-diététiques, l'absence de laxatifs en 2nde. , intention et l'absence de rééducation en 3^{ème} intention.

- L'observance, qui est 1,5 fois, plus problématique que pour l'encoprésie.
- Le dosage qui est 3 fois plus problématique que pour l'encoprésie.

Les données concernant les compositions, dose, durée et observance sont étudiées en détails ci dessous.

II.3.b) Traitements et combinaisons proposés

Abstention thérapeutique, traitement unique, monothérapie et associations thérapeutiques :

Un traitement est dit unique lorsque l'enfant ne s'est vu proposé qu'un seul traitement avant son entrée dans l'étude.

Un traitement est soit une monothérapie, soit une association de plusieurs thérapeutiques.

Tous les enfants inclus sont en échec thérapeutique et dans plus de 80% des cas que se soient pour l'encoprésie ou pour la constipation, ils ont consulté plusieurs fois pour ces -mêmes motifs.

Or, il semble que le nombre de traitements proposés et la proportion d'associations thérapeutiques soient insuffisants.

la prise en charge de l'encoprésie. On observe

Parmi les enfants inclus, 8,6% ne se sont vus proposer aucun traitement avant l'entrée dans l'étude. A noter que tous les enfants, souffrant d'encoprésie et n'ayant pas bénéficié d'un traitement, ont été adressés au spécialiste.

Dans l'étude rétrospective réalisée par Fishman en 2003 le taux d'abstention thérapeutique retrouvé dans la prise en charge de l'encoprésie était en moyenne de 20% entre les années 1980 et 2000. Il est donc 2,3 fois moins important mais il est encore élevé. On observe, également, que 40% des enfants ont eu un seul traitement proposé. La moitié de ses enfants se sont vus prescrire une monothérapie.

Il ya 48,5% des enfants inclus qui ont eu plusieurs traitements proposés. Parmi ces enfants, 23,5% se sont vus prescrire que des monothérapies.

Enfin, les associations de thérapeutiques représentent près de 52% des traitements de 1^{ère} intention, leur taux augmente seulement à partir des traitements prescrits en 3^{ème} intention.

En ce qui concerne la prise en charge de la constipation. on observe:

Parmi les enfants inclus, 2,9% ne se sont vus proposer aucun traitement avant l'entrée dans l'étude. L'abstention thérapeutique est donc presque 3 fois moins élevée que pour l'encoprésie.

On observe, également, que 31,4% des enfants ont eu un seul traitement. Parmi ces enfants, 81,8% se sont vus prescrire une monothérapie.

40% des enfants ont eu plusieurs traitements proposés. Parmi ces enfants, 14,3% se sont vus prescrire que des monothérapies.

Enfin, les associations de thérapeutiques représentent près de 52% des traitements de 1^{ère} intention, leur taux augmente de façon progressive au cours de traitements de 2^{ème} et 3^{ème} intentions.

s proposés dans l'encoprésie :

Les laxatifs osmotiques sont prescrits en très grande majorité, mais pas de manière systématique.

Il y a encore une part non négligeable de laxatifs osmotiques de type non PEG dans les prescriptions. Or, les études, à ce jour, affirment la bonne tolérance et l'efficacité du PEG dans la prise en charge de l'encoprésie et de la constipation, avec des résultats plutôt en faveur du PEG que du lactulose. Mais il faudrait d'avantage d'études pour affirmer sa supériorité.

La désimpaction est assurée dans plus de 80% des cas par l'utilisation de lavements de type Normacol. Les lavements restent, pourtant, insuffisamment prescrits, peut-être par crainte d'une mauvaise tolérance.

Pourtant, sans désimpaction de l'ampoule rectale, le traitement est voué à l'échec et la tolérance sera médiocre. L'absence d'évacuation constitue la cause la plus fréquente de pérennisation des symptômes et d'évolution vers le stade de complications.

Comme le souligne l'étude de *Fishman*, la prescription de lavements n'a cessé de diminuer en 20 ans: 45% des traitements en 1980 comportait un lavement, contre 27% en 1999.

L'étude rétrospective de *McDonald* montre que seulement 2,94% des enfants se sont vus proposer un lavement avant l'entrée dans l'étude.

La rééducation comportementale n'est pas assez prescrite, or elle est indispensable pour que la guérison s'inscrive dans la durée. Elle est autant prescrite au stade d'encoprésie que de constipation.

psychologue/psychiatre qui sont prescrites
is et ne représentent que 7,3% des traitements

prescrits. Cela montre 2 choses:

- l'encoprésie n'est pas systématiquement rattachée à un problème psychologique/psychiatrique, bien que dans 60% des cas où elle est prescrite, elle est prescrite seule.
- la dimension psychosociale n'est pas assez prise en charge, car dans un contexte d'encoprésie chronique évoluant depuis de nombreuses années, on peut s'attendre à des complications psychosociales.

• **Composition des combinaisons proposées**

On analyse seulement les combinaisons prescrites en première, seconde et troisième intentions, car il ya trop peu de cas pour les autres combinaisons prescrites.

On observe de façon générale, dans la prise en charge de l'encoprésie.

- une diminution constante de la prescription de laxatifs et de lavements alors qu'une augmentation constante est observée dans la prise en charge de la constipation.
- une augmentation de la prescription de conseils hygiéno-diététiques, de rééducation comportementale, non observée dans la prise en charge de la constipation
- une prescription inconstante de suppositoires.

L'association thérapeutique la moins prescrite dans la prise en charge de l'encoprésie est celle du lavement/laxatif; il en est de même concernant les combinaisons prescrites dans la prise en charge de la constipation, sauf en 2ème intention, où elle passe devant l'association laxatif/conseils diététiques.

ète est l'association laxatif/suppositoire (1/3 des

Les suppositoires sont donc plus facilement prescrits que les lavements.

On observe une chute de la prescription de suppositoires en 2ème intention, probablement due à une mauvaise tolérance en l'absence de lavement prescrit.

Au total: Concernant les combinaisons prescrites dans la prise en charge de l'encoprésie, 72,2% des combinaisons prescrites ont probablement été mal supportées et inefficaces (absence de lavement). On observe une nette diminution de la prescription de laxatifs au cours du temps, une augmentation des fuites.

II.3.c) Dose et durée des traitements prescrits :

❖ Les laxatifs dans la prise en charge de l'encoprésie et de la constipation

Ils sont prescrits en moyenne pour une durée de 166,3 jours, avec comme écart une durée comprise entre 3 et 1095 jours.

Dans la prise en charge de l'encoprésie:

Les laxatifs osmotiques sont dans 73% prescrits pour une durée inférieure à 3 mois.

Les laxatifs osmotiques de type non PEG sont dans 50% des cas prescrits pour une durée inférieure à 3 mois.

Dans la prise en charge de la constipation:

Les laxatifs osmotiques sont dans 60% prescrits pour une durée inférieure à 3 mois.

Les laxatifs osmotiques de type non PEG sont dans 55,6% des cas prescrits pour une durée inférieure à 6 mois.

recommande une durée de 6 à 12 mois, avec diminution

Mais si le corps médical de réfère au Vidal, ce qui est très certainement le cas, la durée de prescription de PEG ne doit pas dépasser 3 mois.

❖ Les laxatifs osmotiques de type PEG

L'encoprésie :

Les laxatifs de type PEG sont sous dosés par rapport à l'AMM dans 5,9% des cas. Mais la dose recommandée par l'AMM n'est pas la référence la plus utile, car la posologie doit être adaptée à l'aspect des selles; le but étant d'obtenir des selles consistantes molles.

Pour cela, il est possible d'utiliser de fortes doses dépassant celles préconisées par le VIDAL, d'associer des laxatifs lubrifiants et osmotiques, ou de les alterner.

La constipation:

Le dosage utilisé pour les laxatifs de type PEG est en dessous des doses recommandées par l'AMM dans 50% des cas.

❖ Les laxatifs osmotiques non PEG dans la prise en charge de l'encoprésie et de la constipation:

Ils sont prescrits à une dose moyenne comprise entre 9 et 10,6 g/j, soit une dose pour un enfant de 36 à 42,5 kilos (selon dose de l'AMM). On ne connaît pas le poids des enfants mais, mais comme ils sont âgés de 8 ans en moyenne, le dosage utilisé semble adapté.

❖ Les laxatifs lubrifiants dans la prise en charge de l'encoprésie et de la constipation:

Le dosage utilisé est inférieur à celui préconisé par l'AMM.

ils sont sous doses concernant le traitement de l'encoprésie et normo-dosés concernant le traitement de la constipation.

La durée de prescription, dans la prise en charge de l'encoprésie et de la est trop courte. En effet, dans près de 56% des cas, la durée est inférieure à 3

❖ Les suppositoires

L'encoprésie :

On a en moyenne 1,5 suppositoire par jour de prescrit. La dose préconisée est de la constipation:

La dose prescrite mots enlevés est conforme à celle préconisée par l'AMM.

La durée de prescription des suppositoires, dans la prise en charge-de l'encoprésie et de la constipation, est dans 30% des cas pour une durée inférieure ou égale à 21 jours. La durée préconisée par *Lachaux* est de 14 à 21 jours.

La dose prescrite pour le traitement de la constipation est conforme à celle préconisée par l'AMM.

Conclusion: La composition, le dosage, et la durée d'un traitement jouent un rôle dans l'efficacité et la tolérance de celui-ci.

A noter que dans cette étude, les laxatifs de type PEG sont toujours arrêtés quand ils s'accompagnent d'une augmentation des fuites. D'où l'importance de bien les prescrire et d'expliquer clairement les objectifs attendus par ce traitement. En effet, il est essentiel pour une bonne observance d'expliquer qu'une augmentation des fuites sous laxatifs est liée à une désimpaction incomplète. Il faut donc préconiser aux parents de diminuer pendant quelques jours la dose de laxatifs et reprendre ensuite à dose pleine

oliques sont les thérapeutiques jugées les plus efficaces, que les conseils diététiques et la rééducation comportementale, qui - posent le plus de problème, à la fois en ce qui concerne leur tolérance et leur efficacité.

L'étude prospective de *Bernard-Bonnin* réalisée en 1993 sur 63 cas après 3 ans et demi de suivi met en évidence que:

Les règles hygiéno-diététiques sont considérées comme le traitement le plus efficace.

II.3.d) Conséquences sur l'efficacité et la tolérance

L'efficacité et la tolérance des thérapeutiques prescrites dans la prise en charge de l'encoprésie:

Le meilleur rapport tolérance /efficacité est observé pour les laxatifs osmotiques.

A noter que les laxatifs de type PEG sont jugés comme étant sensiblement plus efficaces, mais un peu moins bien tolérés que les laxatifs osmotiques de type non PEG.

Lorsque les laxatifs osmotiques de type PEG sont associés à des lavements, ils deviennent alors le traitement le plus efficace et le mieux toléré.

Ce qui va dans le sens des données retrouvées dans la littérature, montrant une bonne tolérance à long terme du PEG 4000, et une efficacité sensiblement supérieure comparée à celle du lactulose.

Les résultats obtenus dans cette étude sont à reconsidérer car:

Les laxatifs osmotiques de type PEG et non PEG ne sont pas prescrits dans les mêmes proportions, donc il est difficile de comparer leur efficacité et tolérance

L'efficacité est déterminée par l'impression subjective des parents et enfants et non par des critères cliniques prédéterminés

osmotiques de type non PEG ne sont pas associés à une colique, sauf dans une prescription. c' est donc difficile d'affirmer qu'ils soient moins efficaces et moins tolérés que les laxatifs de type PEG.

- Enfin, il est intéressant de noter que les laxatifs de type PEG sont plus souvent associés à des lavements/préparation colique que les autres laxatifs.

On retrouve ces notions dans l'étude réalisée puisque:

- Les lavements et préparations coliques sont, quand il existe un défaut d'observance, soit refusés par l'enfant, soit difficiles à suivre
- La rééducation comportementale, quand il existe un défaut d'observance, n'est jamais refusée par l'enfant, mais est considérée comme étant difficile à suivre ou inefficace.
- Les laxatifs sont toujours arrêtés quand ils sont jugés inefficaces, d'où l'importance de bien les prescrire et d'expliquer clairement les objectifs attendus par ce traitement.

Il faut sensibiliser les parents et enfants sur la nécessité de la reeducation comportementale, qui est une thérapeutique à prescrire à long terme.

Il faut également insister auprès du corps médical concernant la prescription des lavements. En effet, ils sont indispensables dans le traitement, leur tolérance est assez bonne et ils sont considérés par les patients comme le traitement le plus efficace.

Enfin, il est essentiel de bien prescrire les laxatifs et d'expliquer clairement les objectifs attendus par cette thérapeutique.

thérapeutiques prescrites dans la prise en charge de

Les différences à noter sont:

Le meilleur rapport efficacité/tolérance est observé pour la prescription de suppositoires.

On peut expliquer ce résultat. En effet au stade de constipation où l'attitude de rétention est très fréquente, la prescription de suppositoires permet d'aider à supprimer

Les laxatifs osmotiques PEG sont mieux tolérés que les laxatifs non PEG. Les données, concernant l'efficacité et la tolérance des laxatifs de type non PEG étant moins nombreuses que pour les laxatifs de type PEG, la comparaison est donc difficile.

II.3.e) Observance

Dans près d'1/3 des cas il existe un défaut d'observance.

Concernant la prise en charge de l'encoprésie, les traitements les plus touchés par un défaut d'observance sont la rééducation comportementale, les conseils hygiéno-diététiques et les suppositoires. Il s'agit donc de thérapeutiques longues et contraignantes.

Les prescriptions de lavements et préparations coliques sont suivies dans 86,7% des cas, elles semblent donc bien acceptées et bien tolérées.

La prescription de laxatifs est extrêmement bien suivie.

Concernant la prise en charge de la constipation, les traitements les plus touchés par un défaut d'observance sont les conseils hygiéno-diététiques et la rééducation comportementale.

L'observance des lavements est similaire à celle recensée pour l'encoprésie, à la différence qu'ils sont alors non suivis et pas partiellement suivis.

res sont mieux suivies.

Les prescriptions de laxatifs sont également bien suivies. A noter que les laxatifs de type PEG sont moins bien suivis, contrairement aux laxatifs de type non PEG qui ne posent aucun problème d'observance.

Les raisons invoquées sont le plus souvent en rapport avec un problème d'efficacité, des difficultés à suivre le traitement, ou un refus par l'enfant de suivre le traitement.

II.3.f) Attitude thérapeutique face à l'échec dans la prise en charge de l'encoprésie et de la constipation.

L'abstention thérapeutique et le changement de traitements sont les deux attitudes thérapeutiques les plus répandues en réponse à l'échec thérapeutique.

Alors que dans plus de 80% des cas, il existe des consultations. à répétition, le taux d'abstention thérapeutique est dans 38,5% des cas pour l'encoprésie, et 35% des cas pour la constipation la réponse apportée face l'échec du premier traitement instauré.

Concernant les changements, le changement de laxatifs ou de classe de thérapeutiques est plus souvent opté qu'un changement de dose ou durée. A noter une part non négligeable de faux changement.

- Un changement de traitement correspond à :
- un changement de dose de la molécule utilisée
- ou un changement dans la durée de prescription de la molécule utilisée
- ou un changement de thérapeutique avec un autre laxatif utilisé ou une autre classe de thérapeutique utilisée

t-à-dire que la même molécule est utilisée sous un

Le traitement est rarement complété.

Un traitement complété est un traitement auquel on associe une classe thérapeutique supplémentaire.

Le traitement est allégé dans seulement 2% des cas dans la pris en charge de l'encoprésie et dans un peu plus de 6% des cas dans la prise en charge de la constipation. C'est donc loin d'être l'attitude majeure face à l'échec. Un traitement allégé est un traitement auquel on a soustrait une classe thérapeutique.

Cette attitude peut être expliquée par une mauvaise tolérance du traitement.

Le traitement est repris à l'identique, c'est-à-dire sans aucun changement. dans un petit nombre de cas. Concernant l'encoprésie, 10 enfants présentent un défaut d'observance et 2 enfants se voient proposer le même traitement. 8 enfants présentent un défaut d'observance et 3 se voient proposer le même traitement dans la prise en charge de la constipation.

Conclusion :

Face à l'échec thérapeutique, le traitement est le plus souvent: changé (changement de classe ou de laxatifs)

Arrêté

ou:

Potentialisé (changement de dose et/ou de durée)

Ou complété (association d'une classe thérapeutique supplémentaire)

ours de la prise en charge médicale antérieure

Dans cette étude, le suivi est proposé dans 37,1% des cas pour d'encoprésie, et 39% des cas pour la constipation.

Le médecin généraliste propose de suivre l'enfant pour son encoprésie dans 12% des cas, ce qui est proche du taux observé pour le gastro-entérologue adulte, mais c'est 2 fois lus que le pédiatre, et 3,7 fois moins que le gastro-pédiatre.

Dans l'étude prospective de *McDonald*, 100% des enfants sont suivis, mais aucun par le médecin traitant (à nuancer, car tous ont déjà une prise en charge spécialisée).

Le médecin généraliste propose de suivre l'enfant pour sa constipation dans 6,8% des cas, ce qui est 2 fois moins que le pédiatre, le psychiatre, le neuro-pédiatre, et près de 6 fois moins que le gastro-pédiatre.

Chez les enfants en échec thérapeutique, le suivi n'est pas assez surtout par le médecin généraliste, ce qui confirme la place importante que joue le suivi dans la réussite de la prise en charge, comme cela a été souligné dans l'état des lieux. Le suivi peut permettre de surveiller l'efficacité, la tolérance, l'observance d'un traitement et la relation parents-enfant.

II.3.h) Conclusion

Il faut informer le corps médical sur la prise en charge de l'encoprésie sur constipation, afin de proposer une prise en charge réussie. C'est à dire un traitement bien toléré, efficace, avec un suivi pour prévenir les rechutes et contrôler l'efficacité/tolérance du traitement, son observance, avec comme objectif d'adapter le traitement en cas d'échec plutôt que de l'arrêter.

III.1 Composition des traitements prescrits :

Il n'y a que des combinaisons prescrites avec, dans 70% des cas, un laxatif de type PEG.

La proportion de conseils diététiques et de lavements approche les 93% et les suppositoires et la rééducation comportementale approchent les 80%.

L'utilisation des traitements prescrits est donc assez proche de celle recommandée par l'association nord américaine d'hépto-gastro-entérologie pédiatrique puisque dans 75% des combinaisons prescrites, on retrouve l'association de lavements/préparation colique/PEG pour la désimpaction, de laxatifs au long cours, de rééducation comportementale et de suppositoires.

Les consultations psychiatriques/psychologiques sont prescrites dans moins de 10% des cas, probablement car il est trop tôt pour évaluer le contexte psychosocial lors de la première consultation.

A noter l'utilisation du PEG pour la désimpaction rectale, à la place du Normacol dans près de 8,7% des cas.

III.2 Dose et durée des traitements prescrits

Les doses utilisées: Elles sont proches de celles recommandées dans les études antérieures.

La dose moyenne prescrite, par le gastro-pédiatre, dans le cas où elle est connue, est proche de celle prescrite au cours la prise en charge médicale antérieure de l'encoprésie.

Le dosage est d'ailleurs peu retrouvé dans les erreurs thérapeutiques de la prise en charge médicale antérieure de l'encoprésie.

Elles sont également proches de celles recommandées dans la littérature scientifique étudiée pour établir l'état des lieux.

Si on compare par rapport aux durées de prescriptions utilisées au cours de la prise en charge de l'encoprésie :

- Les laxatifs de type PEG sont prescrits 1.9 fois plus longtemps.
- Les suppositoires sont tous prescrits sur 21 jours, au lieu de 53.8% prescrits pour une durée supérieure à 21 jours dans la prise en charge antérieure de l'encoprésie.
- Les lavements sont tous prescrits pour une durée de 3 jours (sauf 1/19) contre 57% prescrits pour une durée de moins de 3 jours dans la prise en charge antérieure de l'encoprésie.

III.3 Observance

Les suppositoires, la rééducation comportementale et les lavements posent bien moins de problèmes d'observance, probablement grâce à la sensibilisation des parents et enfants sur leur rôle primordial.

Les conseils diététiques sont également plus suivis.

Ces résultats confirment les données de la littérature sur le rôle primordial de la désimpaction, de la rééducation vers le chemin de la guérison.

Mais, en ce qui concerne les laxatifs de type PEG, ils posent 1,5 fois plus de problèmes d'observance que lors de la prise en charge antérieure de l'encoprésie. Peut-être parce qu'ils sont assimilés à un traitement long et potentiellement dangereux. C'est la raison invoquée dans 30% des cas lorsqu'ils posent un problème d'observance.

Le suivi est donc indispensable car le risque de rechute est élevé si les laxatifs sont arrêtés trop précocement.

pour les consultations psychologue/psychiatre.

- Les raisons invoquées à noter sont:
 - pour les lavements, toujours le refus de l'enfant, ce qui souligne l'importance d'expliquer le but du lavement et sa nécessité à l'enfant et aux parents.

Les suppositoires et les laxatifs sont parfois arrêtés du fait de leur inefficacité. Donc il important d'expliquer que, même si on obtient une rapide efficacité des thérapeutiques mises en place, il est nécessaire de les poursuivre.

La rééducation comportementale et les consultations psychologue/psychiatre ne sont plus arrêtées du fait de leur efficacité comme elles l'étaient dans la prise en charge antérieure. Ce qui montre l'adhésion et la compréhension des parents et de l'enfant au traitement.

Pourtant, on observe qu' 1,5 fois plus d'enfants présentent un défaut d'observance que lors la prise antérieure.

Ce qui semble contradictoire car les traitements sont mieux suivis.

En fait l'observance globale est moins bonne mais le traitement instauré est plus complet. Et il est donc normal que l'observance soit moins bonne car il est plus difficile de suivre un traitement complet et long dans la durée qu'un traitement incomplet et court

III.4 Suivi et réévaluation: résultats

Sur 100% de suivis proposés, à 3 mois, 17% des enfants ont arrêté le suivi.

Malgré une observance moins importante, la mise en place d'un traitement adapté, compris et toléré, permet une nette amélioration et très rapidement. En effet, en moins de 3 semaines, on a :

complète en moyenne 4 fois moins de fuites par

- un nombre minimal de fuites par semaine passant de 4 à 0.
- un nombre maximal de fuites par semaine passant de 21 à 14.

L'étude rétrospective réalisée en 2004 par McDonald montre qu'après un an de prise en charge on a :

- 30% de guérison complète.
- 38% qui arrêtent le suivi
- 9% exclus pour présence de critères d'exclusion (abus sexuel, pathologie organiques)

L'étude réalisée en 1993 par *Bernard-Bonnin* montre que le taux de guérison à 3 ans et demi est de 35,7%.

Dans l'étude menée par *Philichi*, on observe 50% de rechutes 5 ans après le début de la prise en charge et selon *Van Djik*, 30% consultent encore pour constipation à l'adolescence.

Donc on risque d'observer avec le temps:

- des rechutes
- des pertes de vues
- des exclusions

Le suivi est donc indispensable. L'étude turque réalisée en 2005, qui réévalue la prise en charge au bout de 6 ans, montre une corrélation entre la durée du suivi et le taux de guérison.

contraignante et globale

Cette étude montre qu'on améliore nettement le taux de guérison avec une prise en charge médicale adaptée et ce même chez des enfants en échec thérapeutique depuis de nombreuses années.

Mais un traitement adapté ne permet pas une guérison complète dans 100%des cas.

Le suivi s'avère donc indispensable car la guérison passe par:

- un traitement médicamenteux long, contraignant, où la lutte contre l'attitude rétionnelle, la réappropriation de la sensation de besoin, la motivation et la compliance de l'enfant et de ses parents sont des conditions indispensables pour permettre la guérison.
- une prise en charge de la dimension psychosociale. Une constipation avec des facteurs psychologiques et sociaux entraîne une pérennisation des symptômes avec risque d'encoprésie. Prendre en compte la dimension psychologique et avoir recours si nécessaire à une prise en charge psychologique est donc indispensable à la guérison.

V. Compléments thérapeutiques en cours d'évaluation

Actuellement, d'autres stratégies sont essayées en complément pour soulager les symptômes, comme l'hypnose ericksonnienne (jeu avec argile: objet métaphorique des fèces, la relaxation, la réflexologie, le management du stress, les massages, l'ostéopathie, acupuncture, l'homéopathie et l'utilisation d'internet.

On est en attente d'études mettant en évidence de façon significative leur efficacité.

Une étude réalisée en 2008 par *Ritterband* n'a pas montré de relation évidente entre l'accès via internet et le taux de guérison. Mais les parents ont trouvé le site

VI. Constipation et recherches en cours

Depuis 10 ans l'apparition de traitement nouveaux en cours d'évaluation.

Ils sont au nombre de 4.

Le premier est le Tegaserod, agoniste sérotoninergique qui stimule la sécrétion intestinale et le péristaltisme. Il est actuellement retiré du marché, car il entraîne des complications cardiovasculaires.

Le second est le Lubiprostone qui augmente les sécrétions intestinales sans modification hydro-électrolytique. Il a été approuvé en 2006 dans le traitement de la constipation chronique de l'adulte. Il n'y a pas à ce jour d'étude réalisée chez enfant.

Le troisième est l'Almivopan, antagoniste des récepteurs Il opioïdes: il inhibe l'absorption intestinale et préserve le péristaltisme. On ne sait pas si son action est seulement efficace chez les patients utilisant des opioïdes.

Le quatrième, le Prucalopride, agoniste ST4, stimule la motricité colique. Une étude réalisée sur 12 mois a montré un effet bénéfique sur la constipation et les douleurs à la dose minimum de 2mg chez l'adulte.

Il faut attendre d'autres études pour évaluer le bénéfice/risque de ces nouvelles

Il serait donc intéressant de questionner les médecins généralistes pour étudier leur perception des **TF1** et mettre en évidence les réticences et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'encoprésie sur constipation au quotidien, et d'orienter la campagne de sensibilisation sur les points clés et les problèmes rencontrés en médecine de ville.

Actuellement, certaines études essaient de mettre en évidence un terrain génétique expliquant la constipation. En effet, une étude menée par *Chan* [9], en 2007, a mis en évidence que le risque de constipation pour l'enfant est multiplié par:

- 2,02 quand 1 membre de la famille est constipé.
- 3,99 quand 2 membres de la famille sont constipés.

On est en attente d'études supplémentaires pour confirmer ou infirmer ces résultats

VIII. Le ROME IV

ROMEIII pourrait être amélioré par l'élaboration d'un ROME IV avec la modification de reconnu de début des symptômes, et l'utilisation de critères applicables à tous. En effet, la notion de selles volumineuses obstruant les toilettes n'est pas applicable aux USA, car le conduit des toilettes est plus petit qu'en Europe.

Cet outil diagnostic pourrait également être utilisé en médecine de ville pour dépister de façon systématique chez l'enfant une constipation, une encoprésie.

IX. Les tabous

Enfin, on peut se demander si le diagnostic n'est pas tardif, car il s'agit d'un sujet tabou, gênant, honteux pour les patients, mais aussi pour le corps médical. Le sujet est difficilement abordé, souvent gênant, et le toucher rectal rarement réalisé. Or, il s'agit d'un critère du ROME III dans le diagnostic de la constipation, et il aide dans l'étiologie de l'encoprésie. On peut s'interroger sur l'importance des tabous et la façon dont ils influencent notre pratique quotidienne.

Hirschsprung :

Cette étude a montré :

- La fréquence des formes recto-sigmoïdiennes.
- L'existence d'une part non négligeable des formes familiales
- La réalisation de l'exploration fonctionnelle ano-rectale s'est faite chez tous les patients

De cela, on conclut que l'élimination de la cause organique se fait en premier temps, avant de retenir la cause fonctionnelle ou psychiatrique.

-L'Anastomose selon DUHAMEL colorectale a été faite chez 62,85% des patients. Par contre la technique de SOAVE a été réalisée chez seulement 2,85% des enfants, et aucun patient n'a bénéficié de la technique de Swenson.

Ceci s'explique par la diagnostic tardif de la maladie d'Hirschsprung.

-L'évolution était en général moyennement satisfaisante.

Une étude a été réalisée chez 59 enfants qui a montré :

- 42 formes recto-sigmoïdiennes.
- 3 formes ultra-courtes.
- 2 formes colon descendant.
- Rapport M/F : 2,5

Histoire familiale : 4 cas

Malformation associés : 17 cas :

- Down's syndrome : 7 cas
- Anomalies génito-urinaires : 4 cas
- Cardiopathies cong : 3 cas

Non élimination du méconium

24 h = 41

48 h = 31

Occlusion intestinale aigue 25 cas

Entérocolite 9 cas

Dont 7 en période néonatale

Constipation :16 cas

Perforation intestinale :4 cas

Encoprésie.

-Age moyen à l'intervention

Segments courts : 7 mois

Segments longs : 14 mois

Entérocolite pré-op :

Plus élevé dans les segments longs (56%) que dans les segments courts (16%)

ASP (80%)

L.B (80%)

Manométrie anorectale (81%)

Biopsies rectales tous les cas

Une étude a été réalisé Strasbourg : en décembre 1996 à Janvier 200 qui na
revelé chez 13 enfants ont été opéré d'une maladie d'Hirschsprung : l'âge moyen
d'intervention était de six mois, une colostomie avait été réalisé chez 10 d'entre eux,
sur le plan anatomique, il y avait 9 formes recto-sigmoïdiennes, 2 rectales, 1 colique
gauche, une colique gauche et transverse droite, l'intervention a été réalisée avec 3
trocarts, l'Anastomose colorectale a été faite avec la technique de DUHAMEL chez 10
patient et SWENSON chez 13 patients.

atrique :

-Dans notre échantillon, l'encoprésie se voit dans toutes les couches sociales, même si la majorité des enfants était de famille d'une classe moyenne.

-La psychopathologie parentale et plus spécifiquement maternelle a été impliquée dans plusieurs études récentes concernant la psychopathologie de l'enfant et son devenir.

Nous avons examiné la psychopathologie parentale et nos résultats démontrent l'absence de trouble de type psychotique et de trouble bipolaire sauf chez une mère qui souffre de dépression.

-le rôle important de la fantasmatique inconsciente de la mère dans l'interaction avec son enfant et son importance pour la formation du psychisme de l'enfant est connue (Cramer 1987, Stern 1985).

Un trouble de la relation mère-enfant pendant la première année a été rapporté dans 8,57% des cas. Ceci nous semble significatif si on considère qu'une étiologie « relationnelle » a souvent été évoquée pour l'encoprésie.

-Les petits enfants présentent normalement une certaine anxiété lorsqu'ils sont séparés de leurs proches. Pour cette raison nous n'avons pas inclus les difficultés de séparation survenant avant l'âge de 2 ans.

-Nous n'avons inclus que des troubles où l'anxiété semblait intense, excessive et perturbante pour le bon fonctionnement social de l'enfant.

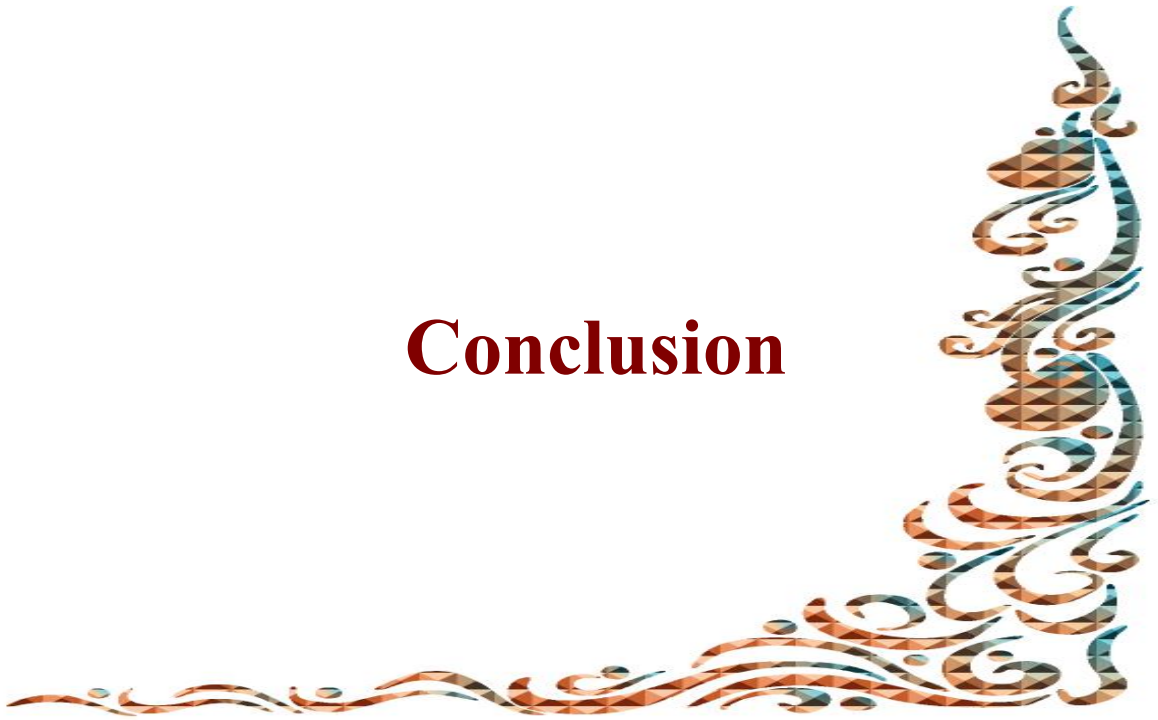


PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Conclusion



soupçonnée et bien tolérée par l'entourage, jusqu'au

Elle est également diagnostiquée tardivement par le corps médical.

L'encoprésie, encore trop souvent considérée comme un acte volontaire, est, quant à elle, facilement identifiée par l'entourage mais le délai de consultation reste long, par méconnaissance des mécanismes mis en jeu.

L'abstention thérapeutique et le délai long d'instauration d'un traitement expliquent **en** partie la pérennisation des symptômes.

Les erreurs dans la composition, la dose, et la durée des traitements prescrits diminuent leur efficacité et tolérance.

L'observance n'en est que moindre, d'autant que les explications sont parfois erronées ou absentes, avec un suivi rarement proposé.

Tout ceci aboutit à une situation d'échec thérapeutique avec une encoprésie sur constipation qui s'inscrit dans la durée, d'autant que l'abstention thérapeutique, en cas d'échec du traitement proposé, est une attitude fréquemment optée.

Une prise en charge médicale spécialisée permet la disparition des symptômes en moins d'un mois pour près de la moitié des enfants traités.

Cette prise en charge, qui en fait est peu spécialisée, pourrait, après sensibilisation et information des médecins généralistes, être appliquée en médecine de ville.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Résumés



Résumé

Titre : Encoprésie de l'enfant : a propos de 35 observations.

Auteur : Farah bougarchouh

Mot-clès : Encoprésie-constipation chronique-enfant.

Le terme d'encoprésie apparait, pour la première fois, en 1925 dans la littérature allemande et définit une forme d'incontinence anale non organique.

Cependant dès 1880, on retrouve des présentations de cas cliniques d'incontinence anale pour lesquelles les auteurs se posent la question d'une étiologie psychologique.

Bien que la part entre organicité et participation psychologique dans le déterminisme du trouble reste souvent difficile à évaluer.

L'apport des connaissances pédiatriques sur la physiologie de la défécation, permet de comprendre le rôle de la constipation comme facteur facilitant l'encoprésie.

Le but de notre travail est de mieux comprendre l'encoprésie, symptôme qui se retrouve dans des tableaux cliniques divers.

Nous avons étudié les dossiers de 35 cas d'encoprésie et nous avons examiné leurs profils psychopathologiques, leurs anamnèses personnelles et familiales, ainsi que leurs moyens de prise en charge.

On distingue 2 types d'encoprésie :

1. Encoprésie primaire: au-delà de 3 ans, l'enfant n'a pas acquis la propreté sphinctérienne.
2. Encoprésie secondaire : le symptôme encoprétique survient après que l'enfant ait acquis un contrôle sphinctérien confirmé, mais qui peut être imparfait plus souvent qu'on le croit. dans ce cas il faut poser la question suivante : est ce que la cause est organique ou fonctionnelle ?

Summary

Title: Encopresis in children: study of 35 cases

Author: Farah bougarchouh

Key-words: Encopresis_constipation _children

The term encopresis appeared the first time in 1925 in the German culture. It is defined as a form of non organic anal incontinence. However in 1880 there were cases of the anal incontinence that pushed the researchers to wonder about existence of some psychological causes.

We have to differentiate between what is organic and what is psychic to determine the cause of encopresis among children

There is a link between understanding the role of constipation as factor simplifying encopresis and understanding the physiology of defecation.

The aim of this research study is to understand better the symptoms found in different clinical charts

We have studied 35 cases of encopresis and we have analysed the psychosomatic aspects and their anamnesis.

There are two types of encopresis :

1. Primary encopresis: the child is more than 3 years old and hasn't acquired the hygiene yet .
2. Secondary encopresis: encopresis still exist although the child acquires hygiene .this fact pushes us to ask this question: is the cause psychic or organic?

ملخص

العنوان: التبرز اللاإرادي عند الأطفال : دراسة 35 حالة

من طرف: فرح بوكروشوح

الكلمات الأساسية: التبرز اللاإرادي . الإمساك . الأطفال

إن مصطلح التبرز اللاإرادي ظهر لأول مرة سنة 1925 في الثقافة الألمانية، ويراد به عدم التحكم في إخراج البراز، لأسباب غير عضوية، ولكن ابتداء من سنة 1880، وجدت حالات من التبرز اللاإرادي، من أجلها تساءل الباحثون عن وجود أسباب نفسية تؤثر على وظيفة الإخراج عند الأطفال بوجه عام، يجب فصل ما هو عضوي عما هو نفسي في تحديد حالة التبرز اللاإرادي عند الأطفال.

إن فهم دور الإمساك في إصابة العديد من الأطفال بحالة التبرز اللاإرادي يكمن في فهم فيزيولوجية إخراج البراز.

الهدف من الدراسة التي قمنا بها يكمن في فهم حالة التبرز اللاإرادي الذي يوجد في العديد من الحالات المرضية.

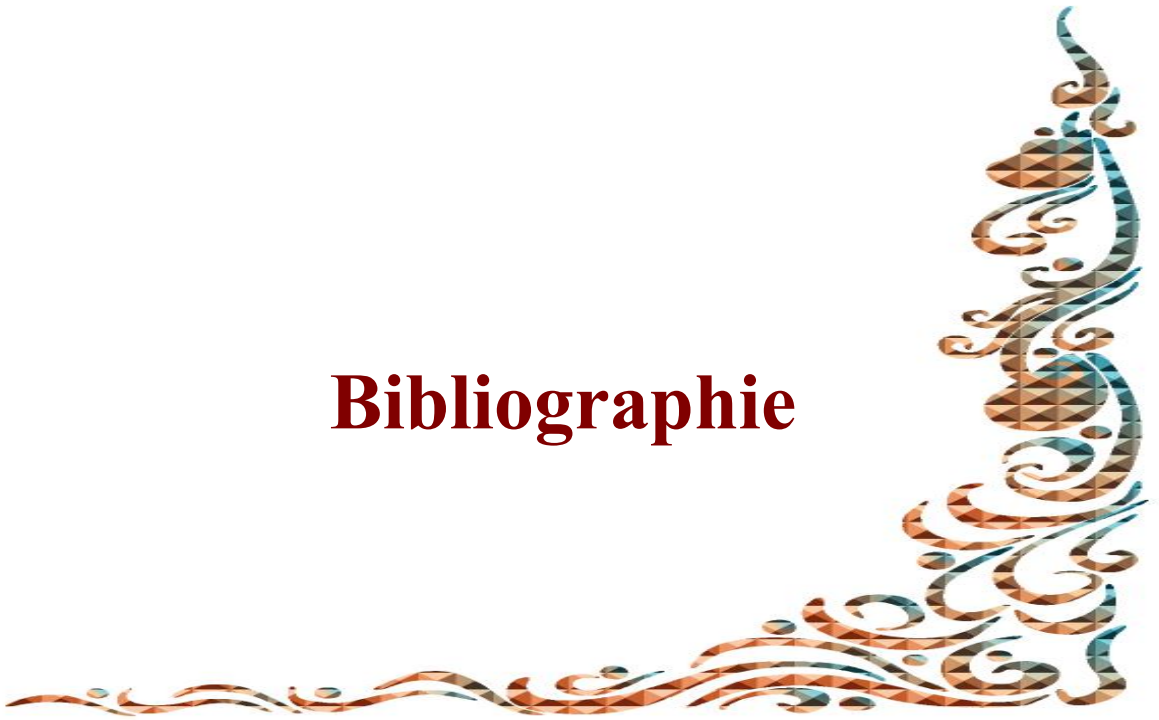
لقد قمنا بدراسة 35 حالة من التبرز اللاإرادي، وقمنا بتحليل الجوانب النفسية، والعوامل المتدخلة في عملية الإخراج، مع التركيز على وسائل العلاج

يجب تمييز نوعين من حالة التبرز اللاإرادي للأطفال :

1- تبرز لا إرادي أولي: الطفل يتجاوز 3 سنوات ولم يتعود على اكتساب النظافة.

2- تبرز لا إرادي ثانوي: رغم اكتساب الطفل للنظافة، فإنه يستمر في التبرز ، وهنا يجب طرح السؤال :هل هذا التبرز نفسي أو عضوي؟.

Bibliographie



- [2] American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DMS-IV-TR. 4th ed. Washington, DC, 2000.
- [3] RASQUIN-WEBER A., HYMAN P.E., CUCCHIARA S. *et al.* — Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 1999, 45 (Suppl II), II60-68.
- [4] TAUBMANB.—Toilet training and toileting refusal for stool only : a prospective study. *Pediatrics*, 1997, 99, 54-58.
- [5] LOENING-BAUCKE V. — Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics*, 1997, 100, 228-232.
- [6] BAKER S.S., LIPTAK G.S., COLLETTI R.B. *et al.*—Constipation in infants and children : evaluation and treatment – a medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J. Ped. Gastroenterol. Nutr.*, 1999, 29, 612-626.
- [7] IACONO G., CAVATAIO F., MONTALTO G., FLORENA A., TUMMINELLO M., SORESI M., NOTARBARTOLO A., CARROCCIOA.— Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N. Engl. J.Med.*, 1998, 339, 1100-1104.

- [9] G.K. — Assessing child behavior problems in a
 of the Pediatric Behavior Scale. In R. Prince
 (Ed.) : Advances in behavioral assessment of children and families. Greenwich,
 CT. JAI, 1987, 3, 57-90.
- [9] ACHENBACH T.M. — Child Behavior Checklist and Profile for Ages 4-18.
 Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry 1991.
- [10] LOENING-BAUCKE V. — Sensitivity of the sigmoid colon and rectum in
 children treated for chronic constipation. *J.Pediatr. Gastroentrol. Nutr.*, 1984,
 3, 454-459.
- [11] LOENING-BAUCKE V.— Abnormal rectoanal function in children
 recovered from chronic constipation and encopresis. *Gastroenterology*, 1984, 87,
 1299-1304.
- [12] WALD A., CHANDRA R., CHIPONIS D., GABEL S. —Anorectal function
 and continence mechanisms in childhood encopresis. *J. Pediatr. Gastroenterol.
 Nutr.*, 1986, 5, 346- 351.
- [13] LOENING-BAUCKE V. — Factors determining outcome in children with
 chronic constipation and faecal soiling. *Gut*, 1989, 30, 999-1006.
- [14] <http://familydoctor.org/handouts/166.html>
- [15] INGEBO K.B., HEYMAN M.B. — Polyethylene glycol-electrolyte solution
 for intestinal clearance in children with refractory encopresis. *Am. J. Dis.
 Child.*, 1988, 142, 340-342.

- Polyethylene glycol 3350 laxative for children
encopresis. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2002, 34,
372-377.
- [17] NOLAN T.M., DEBELLEG., OBERKLAI D F., COFFEY C. Randomised trial
of laxatives in treatment of childhood encopresis. *Lancet*, 1991, 338, 523-527.
- [18] CLAYDEN G.S. — Management of chronic constipation. *Arch. Dis. Child.*,
1992, 67, 340-344.
- [19] STAIANO A., ANDREOTTI M.R., GRECO L., BASILE P., AURICCHIO S.-
Long-term follow-up of children with chronic constipation. *Dig. Dis. Sci.*, 1994,
39, 561-564.
- [20] VAN GINKEL R., VAN WIJK M.P., VAN DER PLAS R.N. *et al.*—
Disappointing long term outcome of chronic childhood constipation after
intensive medical and behavioral therapy. *Gastroenterology*, 2000, 118, 1203A.
- [21] LOENING-BAUCKE V. — Biofeedback training in children with functional
constipation : a critical review. *Dig. Dis. Sci.*, 1996, 41, 65-71.
- [22] STAIANO A., CUCCHIARA S., ANDREOTTI M.R., MINELLA R., MANZI
G. — Effect of cisapride on chronic idiopathic constipation in children. *Dig.
Dis. Sci.*, 1991, 36, 733-736.
- [23] ODEKA E.B., SAGHER F., MILLER V., DOIG C.—Use of Cisapride in
treatment of constipation in children. *J. Ped. Gastroenterol. Nutr.*, 1997, 25,
199-203.

NDA J.A., WORONA L.B., ZLOCHISTY O. —
constipation in children: a double-blind study. *J.*
Pediatr., 2000, 136, 35-40.

[25] SHAHN., LINDLEY K., MILLAP.—Cow's milk and chronic constipation in
children. *N. Engl. J.Med.*, 1999, 340, 891-892.

Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie



قسم أبقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم أقسم بأ □ العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بأوازع من طميري وأشرفي بإعلاء صحة مريضتي هادفي الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقاوم واجبي نذرو مرضاي دون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أسعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.

التبرز اللاإرادي عند الأطفال :
دراسة 35 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة : فرح بوكروشوح

المزودة في 24 أبريل 1980 بالقصر الكبير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: التبرز اللاإرادي – الإمساك – الأطفال.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد نجيب بن حماموش

أستاذ في جراحة الأطفال

مشرف

السيد: عبد الحق مبارك

أستاذ مبرز في جراحة الأطفال

السيد: منير كسرى

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: توفيق مسكيني

أستاذ مبرز في طب الأطفال

أعضاء

}