



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 17

Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Troubles des conduites
instinctuelles de la petite enfance

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de M.PALMER présenté le 24/04/2024.

Troubles de conduites instinctuelles de la petite enfance

I. Introduction

La petite enfance est une période allant de 2 à 6 ans. Les fonctions instinctuelles sont l'alimentation, le sommeil, les fonctions sphinctériennes et la sexualité.

Les troubles psychiques sont un diagnostic d'élimination (différentiel). Il ne faut pas hésiter à demander un avis pédiatrique.

Voici une liste de quelques problématiques somatiques classique à connaître :

- Troubles du sommeil : Syndromes obstructifs, SMPJ (Syndrome des Mouvements Périodiques des Jambes → Impatience des jambes dans le sommeil), hypersomnies, épilepsie
- Troubles sphinctériens : Origine neurologique (queue de cheval, épilepsie) ou gastroentérologique (MICI), origine urologique.
- Troubles alimentaires : Diabète, thyroïde, allergies, RGO

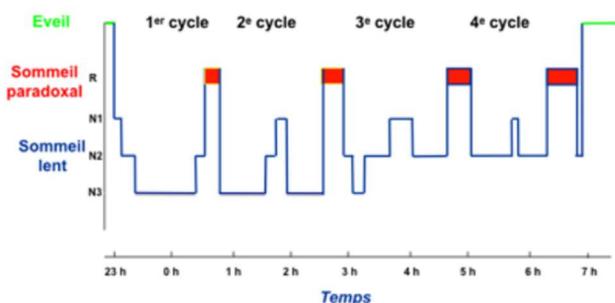
Les plaintes sont très fréquentes en consultation. Il est donc nécessaire de connaître le développement normal et il est nécessaire de savoir quand rassurer et quand s'inquiéter.

II. Troubles du sommeil

a. Généralités sur le sommeil

Au cours du sommeil, l'on distingue la succession des différents stades de sommeil selon une organisation particulière :

- Le stade N1 est un stade de transition entre l'éveil et le sommeil. Le dormeur n'a pas vraiment l'impression de dormir, il somnole.
- Le stade N2 est le stade de sommeil confirmé. L'électroencéphalogramme enregistré au cours du sommeil montre des figures caractéristiques avec des « fuseaux » et des complexes « K », qui permettent d'affirmer que le dormeur dort.
- Le sommeil lent profond, stade N3 se caractérise sur l'électroencéphalogramme par des ondes lentes et amples, d'où son nom de sommeil à ondes lentes. Lorsqu'un petit enfant dort en sommeil profond, il est bien difficile de le réveiller.
- Le sommeil paradoxal (stade R) : au cours de ce stade l'activité cérébrale est intense, assez proche de celle de l'éveil, il existe des mouvements oculaires très rapides, en saccades. Paradoxalement (d'où son nom), le corps est complètement inerte, avec une paralysie des muscles qui contraste avec l'intensité de l'activité cérébrale. C'est pendant ce stade que l'on rêve le plus.

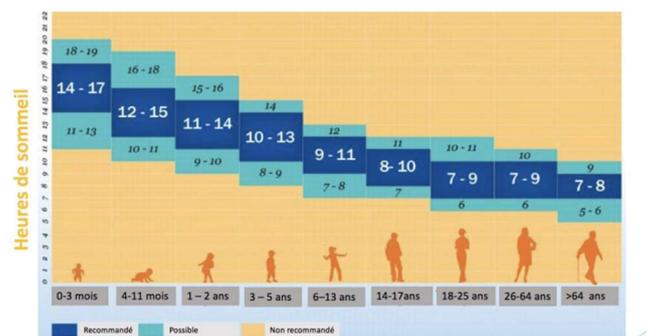


L'endormissement est suivi par du sommeil léger (stade N1 puis stade N2) qui conduit en une vingtaine de minutes au sommeil lent profond. Au bout d'environ 90 minutes, le sommeil paradoxal apparaît. Un cycle dure environ 90 à 100 minutes. Une nuit comporte de 4 à 6 cycles, selon la durée du sommeil. La première moitié du sommeil est particulièrement riche en sommeil lent profond, alors que la seconde moitié est essentiellement constituée par l'alternance de sommeil léger et de sommeil paradoxal.

b. Le développement normal

L'organisation du sommeil de l'enfant dépend d'une part d'un système relié à la pression du sommeil, d'autre part, d'un système relié à l'alternance du jour et de la nuit. Ces deux systèmes de régulation vont intervenir pour permettre à l'enfant de s'endormir aux heures habituelles. Le sommeil de l'enfant dépend initialement plus de la pression de sommeil mais l'équilibre entre ces deux systèmes évolue progressivement. Ainsi les besoins de sommeil vont progressivement se modifier entraînant une diminution du temps total de sommeil par 24 heures, avec une augmentation du sommeil de nuit et une diminution du nombre et de la durée des siestes.

Le temps de sommeil varie en fonction de l'âge.



L'organisation du sommeil va également évoluer :

- Le sommeil devient principalement nocturne entre 3 et 6 ans. Il s'organise en cycles de sommeil dont la durée varie en fonction de l'âge
- 75 minutes vers 2-3 ans.
- 90 minutes vers 4-5 ans (même durée que l'adulte).
- Vers l'âge de 5 ans, un enfant fait 6 à 7 cycles de sommeil au cours de la nuit.
- Cependant les transitions entre les cycles ne sont pas encore fluides et tout enfant présente dans la nuit quelques moments d'éveil de quelques minutes. Ces éveils sont normaux et, l'enfant se rendort sans l'intervention des parents, quand tout va bien

La sieste : est par définition un temps d'endormissement en début d'après-midi. Elle est composée principalement de sommeil lent profond et ne contient que très peu de sommeil paradoxal. Elle disparaît en général entre 3 et 6 ans, cependant, il n'est pas rare qu'un enfant de 2 ans ne fasse plus de sieste, surtout si la durée de son sommeil de nuit est importante. Lorsque l'enfant ne fait plus la sieste, le sommeil de la première partie de la nuit se réorganise : le sommeil lent profond sera plus présent et la première apparition de sommeil paradoxal survient plus tardivement.

c. Insomnies

Les insomnies sont des difficultés et la persistance de l'un des 2 paramètres suivants :

- Le DSM-V a introduit un critère de durée : Au moins 3 nuits par semaines pendant au moins 3 mois
- Plaintes fréquentes (35-45% des enfants) et aspécifique

Les paramètres à évaluer sont :

- Résistance au coucher
- Difficultés d'endormissement
- Réveils nocturnes
- Durée de sommeil perturbée
- Difficultés de réveil
- Asthénie diurne

Les insomnies sont liées aux difficultés à mettre en place « l'aire transitionnelle »

Les insomnies peuvent aussi être dues à d'autres facteurs :

- Peurs « classiques » : noir, monstres
- Parasomnies, endormissement, hallucinations hypnagogiques
- Angoisse/Enjeu de la séparation (physiologique)

Les insomnies conditionnées ou comportementales :

Installation progressive de mauvaises habitudes (activités, présence parentale excessive), opposition et questionnement des limites parentales, horaire inadapté (trop tôt ou trop tard).

La prise en charge des insomnies se font autour de 5 axes :

- Hygiène du sommeil
- Guidance parentale : positionnement par rapport aux demandes, réassurance, rituels du coucher, temps calme
- TCC : entraînement au coucher, extinction graduée, analyse fonctionnelle
- Traitement médicamenteux
 - o Rarement indiqués, réservés aux situations trop problématiques
 - o Mélatonine ++
- Hygiène du coucher :
 - o Horaires adaptés et réguliers
 - o Dormir dans même lit chaque soir, seul
 - o Instaurer un temps calme, ritualisé, relaxant, les 30 dernières minutes
 - o Limiter les siestes 4h avant coucher ∪ Limiter les boissons avant le coucher, et passer aux toilettes

- Limiter les excitants avant le coucher : sucre, sodas, écrans
- Limiter l'excitation et l'activité physique avant le coucher

d. Parasomnies

1) Définition

Les parasomnies sont des comportements anormaux survenant pendant le sommeil. Ce sont des activités motrices, verbales ou sensorielles. Les parasomnies sont classées en fonction du moment de leur apparition au cours du cycle de sommeil

Chez l'enfant, il s'agit de manifestations tout à fait bénignes, qui ne deviennent anormales que si elles se répètent trop souvent. Elles sont favorisées par un manque de fluidité entre les cycles spécifique à l'enfance.

2) Cauchemars

Les cauchemars sont des parasomnies. Ils peuvent apparaître tôt entre 1 ou 2 ans et surviennent souvent en milieu ou fin de nuit (parasomnie du sommeil paradoxal). Des cauchemars isolés, avec des contenus variables ne sont pas des signes d'alerte et surviennent de manière habituelle chez les jeunes enfants. Les cauchemars peuvent devenir problématiques lorsqu'ils sont fréquents : plusieurs fois par semaine, éventuellement toujours sur le même thème. Après un cauchemar, l'enfant est réveillé et encore tout effrayé de ce qu'il vient de vivre. Ils peuvent alors alimenter la crainte d'aller au lit.

3) Troubles de l'éveil

Les troubles de l'éveil ou parasomnies du sommeil profond ont lieu en 1ère partie de nuit, pendant sommeil lent profond. Elles créent les terreurs nocturnes, le somnambulisme, et l'éveils confusionnels. Elles sont favorisées par le stress, la fièvre, le rythme irrégulier de sommeil, la distension vésicale, et l'activité musculaire intense trop tardive. Il existe toujours une amnésie des faits.

4) Terreurs nocturnes

Les terreurs nocturnes sont caractérisées par un réveil brutal (en fait l'enfant n'est pas vraiment réveillé) souvent accompagné par un cri et des pleurs.

Il semble terrorisé, en sueur, hyperventile, tachycarde, parfois paroles incohérentes. Les yeux peuvent être grand ouverts. L'enfant ne répond pas, ne reconnaît personne (il dort), les tentatives de le réveiller sont souvent infructueuses et peuvent entraîner de l'agressivité ou l'échappement hors du lit. La durée est d'une vingtaine de minutes, puis l'enfant retrouve le calme et le sommeil reprend.

5) Somnambulisme

Si le somnambulisme peut débuter dès que l'enfant est capable de marcher, il est plus fréquent chez les 6-12 ans. Les manifestations sont banales : 15 à 40% des enfants de 1 à 15 ans ont fait au moins un accès de somnambulisme. Les accès répétés sont beaucoup plus rares (1 à 6% des enfants sont réellement somnambules, faisant plusieurs accès par mois).

L'enfant a les yeux grands ouverts. Le visage est inexpressif, sa démarche est lente. Le somnambule réalise des actes relativement élaborés (éviter des meubles, descendre des escaliers) mais il peut également se blesser, en particulier dans une maison qu'il ne connaît pas. L'enfant est généralement docile si on n'essaye pas de le réveiller. Ces épisodes durent habituellement moins de dix minutes.

6) Eveils confusionnels

Les éveils confusionnels sont très souvent confondus avec les terreurs nocturnes, ils sont fréquents chez l'enfant de moins de 5 ans. Ils surviennent lors d'une sieste ou en début de nuit et peuvent se répéter durant cette dernière.

Progressivement, l'enfant grogne, pleure puis il s'agite et peut sortir de son lit, il repousse celui qui cherche à le consoler. L'enfant semble réveillé mais en réalité dort profondément. Ces accès peuvent durer de quelques minutes à plus d'une heure.

7) Somniloquie

La somniloquie est le fait de parler pendant le sommeil. C'est très fréquent chez l'enfant. Ces paroles sont probablement le reflet de l'activité mentale. Les épisodes de somniloquie peuvent survenir en sommeil lent et en sommeil paradoxal. Le discours est souvent confus au cours du sommeil lent alors qu'il est cohérent et même compréhensible lorsqu'il survient en sommeil paradoxal. Ce décalage est dû au fait que les paroles sont directement liées à un rêve durant le sommeil paradoxal.

8) Paralyse du sommeil

Elle se produit quand l'atonie due au sommeil paradoxal (abolition du tonus musculaire) persiste au moment d'un éveil. Ces paralysies s'accompagnent d'une angoisse importante. Elles surviennent quelquefois chez des sujets tout à fait normaux, et plus fréquemment dans des cas familiaux spécifiques, en dehors de celui de la narcolepsie.

9) Bruxisme

Le bruxisme est le fait de grincer des dents pendant le sommeil. Les mouvements de friction peuvent, à la longue, entraîner des problèmes orthodontiques.

10) Prise en charge

La réassurance est très importante. Il faut expliquer le diagnostic, mettre des mots, rassurer les parents et l'enfant et éviter de constituer puis d'alimenter des inquiétudes supplémentaires par rapport au coucher. Il faut insister sur caractère bénin et transitoire, sur évolution spontanée et favorable et sécuriser la maison et la pièce. On doit ensuite apaiser le moment du coucher, limiter les angoisses : relaxation, respiration.

Si les parasomnies deviennent trop importantes ou trop envahissantes, il faut introduire une anxiolyse avec de l'Atarax par exemple.

e. Mouvements anormaux

Ce sont des rythmies du sommeil, lorsqu'il y a des mouvements de balancements de la tête et du corps, au moment de l'endormissement, souvent accompagnés de chantonnements. Ces mouvements sont bénins, il n'y a pas d'inquiétude. Concernant la prise en charge, il est préconisé de décaler l'heure du coucher (plus tard) et de sécuriser du lit.

De nouveau, si trop important ou envahissant on peut introduire une anxiolyse avec de l'Atarax par exemple.

III. Troubles alimentaires

a. Généralités et développement normal

Le comportement alimentaire est une construction visant à établir un équilibre entre les besoins, le plaisir, la quantité et la qualité des apports

Co-construction :

- Tempérament enfant
- Styles éducatifs
- Expériences périnatales
- Pratiques familiales

C'est une évolution qui s'articule autour de :

- Évolution organique (sensorialité, neuro-motricité)
- Maturation psycho-affective
- Expériences positives
- Diversification alimentaire

Il existe 3 temps pendant le développement :

- Lait
- Diversification
- Morceaux

Il est important de surveiller les courbes de croissance (poids/taille/IMC) en recherchant toujours un décrochage

b. Anorexie de l'enfant

L'anorexie de l'enfant possède une nosographie complexe.

Il existe une classification internationale :

- Troubles de l'alimentation en rapport avec un défaut de l'homéostasie (chez le nourrisson)
- Troubles de l'alimentation en rapport avec un trouble de l'attachement

- Anorexie infantile : enfant qui refuse activement, conflits pendant repas, pas de communication autour de la faim, manque intérêt pour nourriture

Anorexie mentale complexe du 1er âge (classification française psychanalytique)

- Forme phobique : terreur à l'approche de la nourriture, refus alimentation, troubles du sommeil, phobies diverses
- Forme liée aux psychoses et pathologies limites : pas de plaisir à la succion, pas d'exploration des objets par la bouche, coexistence TED
- Forme dépressive : dépression du nourrisson, rupture avec figure attachement, passivité, perte des acquisitions, retrait relationne

L'anorexie mentale à début précoce ou anorexie mentale pré-pubère se déclare à partir de 7 – 8 ans.

Attention aux différences avec les tableaux adolescents : moins de préoccupation excessive autour poids/alimentation et probablement en lien avec une immaturité psychoaffective plus marquée : moins d'intellectualisation. Va parfois jusqu'à l'aphagie totale, avec un versant oppositionnel. La gravité est nettement supérieure que pour l'adolescent.

Concernant la prise en charge, elle se fait :

- En fonction d'une évaluation large : IMC, hydratation, décrochage courbes croissance, complications somatiques
- Au moindre signe de gravité : hospitalisation pour mise en sécurité et renutrition
- En ambulatoire : thérapie familiale (1ere intention), TCC, Guidance parentale

c. Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) ou Trouble de l'alimentation évitante/restrictive

C'est une perturbation de l'alimentation ou du comportement alimentaire qui se manifeste par une incapacité chronique à satisfaire les besoins énergétiques ou nutritionnels associés à au moins un des éléments suivants :

- Un déficit important en matière de nutrition
- Une perte de poids importante, le fait de ne pas atteindre la prise de poids attendue ou l'absence de développement physique normal.
- Perturbation du fonctionnement psychosocial.
- Dépendance à l'égard de l'alimentation entérale (par exemple, sonde d'alimentation) ou des suppléments nutritionnels oraux.
- L'ARFID ne s'accompagne pas d'une distorsion du poids ou de la forme du corps et n'est pas concomitante à des symptômes d'anorexie ou de boulimie.

Il existe 3 profils :

- Manque intérêt manifeste pour l'alimentation et la nourriture
- Evitement fondé sur caractéristiques sensorielles : alimentation sélective (TSA, hyper/hyposensorialité)
- Préoccupation concernant les conséquences aversives de l'alimentation : réponse anxieuse / phobique / obsessionnelle (Traumatiques, TOC, émétophobie, troubles digestifs)
- Peu intérêt en pratique clinique de différencier ces profils, peuvent se mêler ++

La prise en charge est semblable à l'anorexie. Elle se fait à partir d'une évaluation large : IMC, hydratation, décrochage courbes croissance, complications somatiques, au moindre signe de gravité : hospitalisation pour mise en sécurité et renutrition (bien moins fréquent dans ARFID) et en ambulatoire : TCC (1ere intention), guidance parentale, thérapie familiale.

d. Autres entités

PICA : Ingestions répétées de substances non nutritives et non comestibles pendant 1 mois. Il ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant ni à une pratique culturellement ou socialement admise.

Mérycisme : Régurgitation répétée de nourriture, remâchée, ravalée et recrachée.

IV. Troubles sphinctériens

a. Généralités et développement normal

L'excrétion uro-fécale nécessite une maturation neuromotrice et psycho-affective :

- Sur le plan sensoriel il faut sentir le remplissage vésical ou rectal
- Sur le plan du contrôle moteur, il faut une motricité volontaire des sphincters (vésical et anal) et muscles excréteur (détrusor et muscles périnéaux)
- Sur le plan psychoaffectif, il faut un apprentissage des règles, savoir avertir, valorisation par et pour l'adulte.

Quelques repères dans le développement : L'enfant maîtrise d'abord le sphincter anal puis ensuite le sphincter vésical et la propreté sera d'abord diurne avant d'être nocturne.

A 18-20 mois, l'enfant se signale, avant ou après. Pendant la 2eme année il y a une propreté fécale diurne et une propreté urinaire diurne irrégulière : âge des « accidents ». Pendant la 3eme année on a la propreté fécale diurne et nocturne et la propreté urinaire diurne puis progressivement nocturne (variabilité interpersonnelle importante).

b. Enurésie

1) Définition et critères du DSM

L'énurésie est l'émission involontaire d'urine.

C'est une plainte fréquente : à 7 ans il y a 10% d'énurésie nocturne, 2 à 3% d'énurésie diurne.

Il y a une comorbidité fréquente avec autre trouble (20 – 40%) : TDAH, troubles anxieux

DSM 5 :

- Excrétion répétée d'urine dans lit ou vêtements
- Fréquence d'au moins 3 épisodes par semaine pendant au moins 3 mois, ou impact négative sur fonctionnement socio-scolaire
- Age de 5 ans (ou niveau développemental équivalent)
- Pas en lien avec effet physiologique d'une prise de substance, d'un trouble urologique ou d'une perte de conscience
- 3 sous-groupes selon moment : nocturne, diurne ou combinée
- 2 sous-groupes selon développement : primaire (6 mois de propreté)

2) Prise en charge

La PEC se fait par :

- Evaluation somatique en premier lieu
- Caractérisation du fonctionnement urinaire : symptômes associés, nombre de mictions, volume urinaire, mictions incomplètes
- Avant 5 ans : pas de PEC spécifique
- PEC similaire dans énurésie primaire et secondaire
- Se concentrer initialement sur énurésie diurne
- En premier : mesures hygiéno-diététiques
- Traitements spécifiques : méthode de l'alarme
- Traitement médicamenteux
- Psychothérapie : si symptômes anxieux ou affectifs dépressifs associés

3) Mesures hygiéno-diététiques

- Réassurance : éviter d'en faire un tabou, rassurer l'enfant, ne pas le gronder, ne pas le punir
- Implication de l'enfant : calendrier, changement des draps
- Boisson pendant la journée ++ mais limitée après 18h, limiter aliments salés le soir, supprimer boissons sucrées ou caféinées
- Incitation à aller aux toilettes de nombreuses fois dans la journée (5 à 6 fois) et surtout avant de dormir, allonger le temps sur les toilettes
- Pas de réveils forcés la nuit, mais faciliter accès (veilleuse chambre – couloir – toilettes)

4) Méthode des alarmes

C'est le meilleur niveau de preuve. Il s'agit d'une méthode dite « de conditionnement » qui utilise la conduction électrique de l'urine. Le procédé est simple et sans risque : une alarme sonore, constituée d'un circuit électrique ouvert. Un capteur d'humidité (bandelette de tissu) placé dans le slip de l'enfant est relié à un boîtier. Si l'enfant fait pipi, les premières gouttes d'urine ferment le circuit électrique et la sonnerie retentit. L'enfant doit alors couper la sonnerie, aller uriner aux toilettes et réinstaller l'appareil.

Ce traitement peut être difficilement accepté par l'enfant et sa famille en raison de la contrainte et de la nature du dispositif. Les alarmes ne doivent donc être proposées qu'aux familles motivées.

5) Médication

La médication a un impact déterminant sur fonctionnement familial, social ou scolaire. Elle se met en place s'il n'y a pas d'amélioration après les méthodes précédentes bien conduites ou s'il y a une impossibilité de mettre en place les méthodes précédentes.

Il y a une nécessité de propreté spécifique (voyage scolaire par exemple). Quelques médicaments : Desmopressine, oxybutine, antidépresseurs tricycliques.

c. Encoprésie

1) Critères DSM-V

DSM-V :

- A. Emissions fécales répétées dans les endroits non appropriés (p.ex. dans les vêtements ou sur le sol), qu'elles soient involontaires ou délibérées
- B. Le comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins 3 mois
- C. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 4 ans (ou un niveau de développement équivalent)
- D. Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. laxatifs) ni à une affection médicale générale, si ce n'est par un mécanisme entraînant une constipation
- E. 3 sous-groupes suivant le moment : diurne, nocturne ou combinée
- F. 2 sous-groupes suivant le développement : primaire ou secondaire

2) 2 types d'encoprésie

Il existe les encopréxies par constipation (90%) et les encopréxies non rétentes.

La principale différence entre les deux types d'encopréxies réside dans la présence ou l'absence de constipation sous-jacente significative. Les encopréxies par constipation sont associées à une accumulation de selles dures et à une distension rectale, tandis que les encopréxies non rétentes peuvent survenir en l'absence de ces caractéristiques et peuvent être liées à d'autres troubles du contrôle des selles.

3) Prise en charge

En premier lieu, on réalise une évaluation somatique, on recherche une étiologie organique.

Ensuite, vient la psychoéducation. Dans les deux types il faut un entraînement à aller aux toilettes.

On peut utiliser la médication et la psychothérapie est mise en place pour les symptômes associés : troubles anxieux, TDAH, affects dépressifs etc.

4) Psychoéducation

Il s'agit de rassurer, de dédramatiser : expliquer clairement le fonctionnement d'une encopréxie par constipation : L'enfant se retient entraînant une constipation chronique, il y a donc une déshabitude aux réflexes physiologiques, ce sont des encopréxies par « débordement ».

Table C.5.2 Differences between encopresis with constipation and non-retentive fecal incontinence

	Encopresis with constipation	Non-retentive fecal incontinence
Bowel movements	Seldom	Daily
Large amounts of stools	Yes	No
Normal stools (consistency)	One half	Nearly all
Pain during defecation	One half	Seldom
Abdominal pain	Often	Seldom
Appetite	Reduced	Good
Colon transit time	Long	Normal
Palpable abdominal mass	Often	None
Palpable rectal mass	Often	Never
Rectal diameter (sonography)	Increased	Normal
Daytime urinary incontinence	One tenth	Seldom
Nocturnal enuresis	One third	Tenth
Comorbidity with behavioral and emotional disorders	30%-50%	30%-50%
Laxative therapy	Helpful	Not helpful, even worsening

Il faut éviter le tabou, désamorcer la honte, aussi bien pour enfant que pour les parents. On essaie d'éviter la persécution parentale, et d'éviter les mesures répressives. Un régime riche en fibre est bienvenu de même que l'augmentation des apports hydriques. L'activité physique quotidienne est recommandée.

5) Entraînement aux toilettes

Trois fois par jour, après chaque repas, mettre l'enfant sur les toilettes. Ceci est important pour réentraîner le réflexe physiologique gastro-colique (le côlon qui se vide lorsque l'estomac se distend).

On laisse l'enfant sur la toilette 5-10 minutes, même s'il ne fait aucune selle. Ses pieds doivent être à plat sur une surface pour lui permettre d'utiliser plus efficacement les muscles de son abdomen. On encourage l'enfant à demeurer sur la toilette de façon que ce soit une expérience positive. On peut instaurer au besoin un système de récompense. On veille à éviter les grandes distractions (un écran, par exemple), car ceci pourrait nuire à la perception des sensations internes.

6) Médication

Il n'y a pas de traitement médicamenteux dans les encoprésies non rétensives.

La médication dans l'encoprésie avec constipation :

- Prescription de laxatifs
- Première séquence à dose élevée, pour faire céder la constipation initiale
- Puis dose entretien, parfois plusieurs mois ou années

V. Conclusion

Quel que soit le trouble, il faut une évaluation somatique. L'alliance avec la famille est importante et la psychoéducation et les mesures hygiéno-diététiques sont souvent la première ligne de prise en charge. Lorsque des soins spécifiques sont nécessaires, le travail pluridisciplinaire et partenarial est absolument indispensable.

VI. QCMs

Parmi les conseils suivants, quels sont ceux favorables à une meilleure qualité de sommeil :

- A. Adapter l'horaire du coucher quotidiennement en fonction de la fatigue ressentie par l'enfant
- B. Permettre à l'enfant de dormir avec les parents pour favoriser sa réassurance
- C. Instaurer un temps calme et relaxant les 30 dernières minutes
- D. Limiter les siestes 4h avant le coucher
- E. Faire boire une tisane « favorisant le sommeil » avant le coucher

Réponses : CD