Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 36 (2000)

Heft: 6

Artikel: Traitement idéomoteur de la constipation chronique fonctionnelle du très jeune enfant et biofeedback

Autor: Lehmans, Jean-Michel / Cornu, J.Y. / Berger, D.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929519

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 06.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

PRATIQUE

Traitement idéomoteur de la constipation chronique fonctionnelle du très jeune enfant et biofeedback

Jean-Michel Lehmans, kinésithérapeute, psychomotricien enseignant, Institut d'Etudes et de Recherches sur l'Environnement et la Psychomotricité (IDEREP), Fleurettes 41, 1007 Lausanne

J.Y. Cornu, praticien hospitalier, Unité «Posture – Psychomotricité – Handicap», Groupe Métrologie Appliquée chez l'Homme (MAH), CHR Besançon, IDEREP.

D. Berger, Professeur de chirurgie infantile, Lausanne

La littérature concernant la kinésithérapie de la constipation de l'enfant, à l'aide de biofeedback informatisé et de stimulations intrarectales par ballonnet fait ressortir qu'avec ces techniques habituelles, l'enfant constipé est rarement traité avant l'âge de quatre à six ans [1] du fait d'une approche inadaptée aux enfants plus jeunes.
Avec l'instabilité par immaturité vésicale, la constipation entre dans les tableaux cliniques les plus fréquemment rencontrés en rééducation pelvi-périnéale pédiatrique. Alors que l'incontinence fécale est beaucoup plus rare chez l'enfant (malformations opérées à la naissance...), la constipation est un problème courant chez lui, nous dit Loening-Baucke.

Pour la traiter, nous nous référons au biofeedback décrit pour la première fois par Meige en 1902 et qui peut se définir ainsi: la rétroaction perceptive est l'utilisation de tout outil psychomoteur d'aide à l'autocontrôle correcteur de tout phénomène moteur [2].
En accord avec cette définition, l'approche ludique affectivo-motrice à laquelle nous faisons appel s'appuie largement sur la rétroaction sensorimotrice permettant de traiter des enfants constipés chroniques, souvent depuis la naissance, dès la période d'acquisition de la propreté. Agir précocement apporte ainsi un amendement des symptômes plus rapide et durable que si l'on attend encore plusieurs années.

Traiter l'enfant dès l'âge de deux ou trois ans représente un gain de précieuses années durant lesquelles l'assujettissement aux laxatifs, suppositoires ou lavements – dont la pénibilité est source de conflits entre lui et sa mère – aura complètement disparu.

Notre méthode a, en outre, d'autres applications dans tous les domaines de la rééducation de la sphère pelvi-périnéale de l'enfant, notamment dans les instabilités par immaturité vésicale.

Constipation de l'enfant et psychomotricité

Statistiques, physiopathologie et étiologies de la constipation de l'enfant

Loening-Baucke prend pour critère de la constipation une fréquence de moins de trois selles par semaine ainsi qu'un transit douloureux, souvent accompagné de pleurs chez les jeunes enfants ou quand la rétention des selles, avec ou sans encoprésie, est présente même si la fréquence des selles est supérieure ou égale à trois par semaine [3].
Elle rapporte que chez des enfants scolarisés âges de 7 ans, on trouve 2,3 % de garçons constipés pour 0,7 % de filles. Selon elle, aucun mécanisme unique n'est responsable de la constipation chronique idiopathique. Des facteurs cons-titutionnels et héréditaires, tels qu'une motilité intrinsèque ralentie, et des facteurs psychologiques y contribuent [4].
Elle précise que la régulation consciente de la motricité intestinale est achevée vers l'âge de 28 mois, qu'aux États-Unis, 25 à 30 % des enfants sont éduqués à la propreté dès l'âge de deux ans et que l'encoprésie associée à la constipation affecte de 2,8 % des enfants de 4 ans à 1,6 % de ceux de 10 à 11 ans, avec un sex ratio garçon/fille de 2,5:1 à 6:1 [4]. Par ailleurs, dans son hôpital, la constipation avec ou sans encoprésie, concerne 3 % des cas de consultations pédiatriques et 25 % des cas de gastroentérologie pédiatrique [5]. Elle ajoute que 16 % des parents d'enfants de 22 mois consultent pour une constipation affectant leur enfant et que 63 % des cas de constipation avec encoprésie ont une étiologie de défécation douloureuse ayant débuté avant l'âge de trois ans [3].
Le facteur déclenchant peut être une *douleur* [6] aussi bien qu'un comportement relationnel et émotionnel défavorable lors de l'apprentissage de la propreté. A ce propos, nous pensons que ce «stade» se passe sans problèmes dans un environnement familial normal à climat chaleureux et affectueux, convaincus que nous sommes que le comportement «sadique-anal» freudien est plus souvent celui du parent que de l'enfant!
Loening-Baucke explique que si la défécation est douloureuse, l'enfant évite celle-ci en retenant ses selles. Le rectum s'ajuste par compliance au contenu et l'urgence de besoin passe graduellement. Au fur et à mesure que ce cycle se répète, une quantité plus grande de selles s'accumule dans le rectum et y séjourne plus longtemps, ce qui aboutit à une déshydratation des selles et à des fécalomes: une pathologie fonctionnelle auto-entretenue installe la chronicité [4].
Les balayages péristaltiques périodiques de l'œsophage au rectum, les réflexes œsophagoet gastro-coliques montrent que le tube digestif forme une entité motrice continue dont l'équilibre (discipline alimentaire et défécatoire) est acquis par l'éducation et le mode de vie et pour cette raison reste très fragile. C'est une zone cible pour les comportements individuels inadaptés et les émotions. Une contrariété, un chagrin, peuvent tout aussi bien couper l'appétit que réprimer un besoin d'exonération. Les changements d'habitudes imposés par un voyage ou une hospitalisation peuvent constiper. La répétition de telles situations de même que des toilettes scolaires fermées à clé, enfants se retenant pour continuer à jouer ou le dégoût engendré par la fréquente saleté des toilettes publiques, peuvent être aussi le point de départ de constipations chroniques [7].
Toutes proportions gardées, l'adissociation abdomino-anale (anisme) peut, dans une certaine

mesure, être rapprochée du comportement du bébé qui refuse de manger en serrant fortement les lèvres et en tournant la tête de côté pour éloigner la cuillerée qu'on lui impose. La différence majeure entre ces comportements tient à ce que la bouche est très richement investie par la succion du pouce dès la vie intra-utérine tandis que l'anus ne le sera que longtemps après la naissance! Par ailleurs, repousser la nourriture est un acte conscient tandis que l'adissociation abdomino-anale ne l'est pas.

Psychomotricité: bases théoriques des propositions thérapeutiques

La psychomotricité, langage du corps, est intégralement enracinée dans le langage parlé. Du fait qu'il n'existe, dans le langage enfantin, aucun mot pour désigner l'anus – «derrière» et «postérieur» étant des mots trop imprécis situant aussi bien le dos – il sera primordial, avant tout traitement, d'enseigner à l'enfant le mot et la localisation de l'anus qu'on rapprochera du mot «anneau» objectivé par des objets courants. On parlera de la défécation avec les termes appropriés à l'âge de l'enfant et à ceux employés dans sa famille.

La normalisation du tonus, que ce soit en dessus ou en deçà du tonus basal de repos, lui-même normalisable, concerne autant certains versants de la psychiatrie que de la médecine de rééducation fonctionnelle. En outre, il faut bien faire la différence entre les «psychothérapies corporelles» (bioénergie, rêve éveillé) et les «thérapies psychocorporelles» (yoga, eutonie), ces dernières entrant plus directement dans le champ de la rééducation fonctionnelle tant globale que segmentaire.

L'expérience en relaxation montre que, dans l'immobilité requise par le training autogène, il est très difficile, au début, de faire une discrimination claire entre l'état de renforcement, de maintien ou de relâchement du tonus. A l'opposé, la commande du «contracté/relâché» selon Jacobson rend d'emblée perceptible et conscient l'état de contraction ou de relâchement musculaire qui est en quelque sorte un état «tonico-cognitif» [8]. À plus forte raison, s'il s'agit d'une région jamais auparavant clairement investie par la conscience, donc mal intégrée au schéma corporel, telle que la zone anale de l'enfant, la discrimination entre contraction abdominale (effort d'exonération) et celle paradoxale, inconsciente et anormale de l'anus, se fait mal. La dissociation entre la contraction du ventre et le relâchement du sphincter ne se faisant pas, un anisme s'installe progressivement.

Au même titre que la main ou le pied, la région périnéale est très largement représentée au niveau encéphalique et notamment cortical. La sensibilité de la ligne pectintée du canal anal, capable de faire la différence entre des matières solides, liquides ou des gaz en est la preuve. Il s'agit en quelque sorte d'une motrocité fine qu'il nous faut développer sur un terrain psychomoteur spécifique qui se prête mal aux biofeedbacks en «marches d'escalier», trop graphomoteurs. L'enfant atteint de cette adissociation abdomino-anale croit qu'il fait bien, qu'il contracte son abdomen et relâche son périnée alors qu'il commet un véritable «lapsus musculaire» [2].

Pathologie fonctionnelle, organicité et psychomotricité

Non pathognomonique d'organicité, l'anisme est une «adissociation psychomotrice». Du fait qu'il n'existe que des dyssynergies vésico-urétrales ou recto-anales et aucune synergie entre la sangle abdominale et la musculature du périnée, les termes de «dyssynergie» ou d'«asynchronisme» abdomino-périnéaux semblent moins bien convenir que celui d'*«adissociation»* qui traduit mieux le trouble de coordination qu'est la mauvaise dissociation des musculatures abdominale et périnéale. L'adissociation correspond bien à l'idée d'inversion de commande, sur le plan urinaire, et de contraction paradoxale des puborectaux ou anisme – mot formé sur le le modèle du «vaginisme» – sur le plan de la défécation.

En tant que comportements psychomoteurs, ces adissociations sont à traiter comme tels [2].

Par ailleurs, la contraction concomitante des muscles adducteurs et abducteurs de la cuisse entraîne un rapprochement incoercible des genoux. Cette réaction de prestance se rencontre à tous les âges. Elle peut n'être qu'une simple attitude de défense par crainte de soins douloureux, par simple peur chez les plus jeunes enfants ou par pudeur chez les plus grands. Elle est, hélas, peu efficace, voire inutilisable comme forme de recrutement musculaire renforçateur d'une contraction périnéale et demande à être vaincue avec douceur par la mise en confiance et l'obtention d'un état de détente de l'enfant par une relaxation de type Jacobson.

Intérêt de la posture et de la discipline de défécation chez l'enfant

On sait que sur une lunette de WC ou un pot, le rachis est parfaitement d'aplomb dans le plan sagittal, car la station assise est coxo-fémorale et non pas ischiatique comme sur une chaise.

Par contre, un enfant, assis jambes pendantes sur une cuvette trop large et trop haute, doit faire de tels efforts pour se maintenir en équilibre que cela l'oblige à contracter ses fessiers et son anus, ce qui entretient son anisme. Nous incitons les parents à adopter un réducteur de siège et un repose-pieds adaptés à la taille de leur enfant constipé.

Il est primordial d'astreindre en douceur ce dernier à une discipline visant à régulariser le rythme digestif et défécatoire en tenant compte d'horaires adéquats. L'enfant devra donc être mis sur le pot ou se présenter aux toilettes après chaque repas pour chercher à bénéficier du réflexe gastro-colique post-prandial. La motivation sera favorisée par la tactique éducative d'économie de jetons où l'enfant thésaurise des points qu'il échangera à terme fixé avec l'adulte concerné contre une récompense choisi d'avance. Enfin, on n'oubliera pas de l'aider à remplir son calendrier des selles et de lui faire prendre mucilages, laxatifs et accélérateurs de transit prescrits. Cela devra être associé au régime alimentaire contenant assez de fibres et des apports liquidiens adaptés pour améliorer la consistance des selles.

Sommation maximale de stimuli psychomoteurs, base du traitement

Veyrac et coll. disent que «la désobéissance sphinctérienne est inconsciente et explique l'hypertonie musculaire striée pelvienne responsable des troubles de la défécation et de ceux de la miction. L'hypothèse d'une fonction mal apprise ou mal intégrée responsable des désordres fonctionnels de la défécation semble cohérente» [9]. Afin de remédier au plus tôt à ces carences, il s'agit d'éduquer et non de rééduquer. Nous avons élaboré une méthode ouverte à la plus large diversité possible d'exercices psychomoteurs ludiques, dans le but d'obtenir la sommation maximale de stimuli idéo- et affectivo-moteurs que nous évoquions dans notre précédent travail [2]. S'y associe obligatoirement une verbalisation spécifique très précise, répétitive et insistante de notre part, à visée strictement éducative.

Place de la psychomotricité dans notre méthode

Dimension ludique affectivo-motrice et mise en confiance

La mise en confiance de l'enfant est primordiale. Dans ce but, nous lui montrons dès la première séance le contenu du tiroir où nous rangeons notre petit matériel. Il y voit plusieurs stéthoscopes de couleurs différentes parmi lesquels il en choisira un pour localiser lui-même son cœur, base du repérage latéral par rapport au plan médian où se situe le nez, la bouche, l'ombilic et l'anus. Il y trouve deux cubes en mousse à placer sur le thorax et l'abdomen pour le contrôle de la respiration, des gommettes colorées, des pailles, des autocollants de personnages, d'animaux, de fleurs qui serviront pour la rééducation du périnée. Nous l'informons que ce ne sont pas des jeux mais des accessoires pour pratiquer des exer-

cices-jeux. En fin de séance, il pourra conserver les figurines en guise d'encouragement ou de récompense. Cette dimension ludique d'ordre affectivo-motrice est essentielle: elle établit la confiance et renforce la motivation de l'enfant, mettant toutes les chances de succès du traitement de notre côté.

Si l'enfant est très jeune, craintif et refuse de se déshabiller parce qu'il a le souvenir de mauvaises expériences, la première séance gagnera à ce que les exercices soient mimés sur l'enfant chaussé et habillé. Ainsi il acceptera dès la deuxième séance de se dévêtir.

Dans la mesure du possible, il faut toujours éviter de faire mettre l'enfant sur le ventre: il peut craindre une piqûre ou un lavement inopiné, et la confiance sera alors perdue souvent définitivement. Même pour l'exercice du stretch-réflexe des fesses (conçu parce qu'il est exclu de faire exercer le périnée si l'enfant ne sait pas serrer ses fesses), nous privilégions systématiquent la relation face à face, l'enfant se tenant debout devant nous. Par égard psychologique, pédagogique et dans un but rééducatif global absolument indispensable, il est indiqué de commencer par les exercices respiratoires, thorax et abdomen seuls dévêtus, et non d'emblée par ceux conçus pour le périnée.

Contrôle du niveau de langage concernant l'image corporelle de l'enfant

À défaut de pouvoir utiliser les items du bilan psychomoteur de maturation du contrôle sphinctérien que nous mettons actuellement au point et à défaut de critères précis d'une normalité dont l'enfant n'a encore jamais eu conscience, nous nous en tenons à quelques principes de base très simples.

Nous l'avons dit plus haut: il est exclu de commencer une éducation du contrôle sphinctérien, première étape du traitement rééducatif de la constipation chronique de l'enfant, si ce dernier ne sait pas serrer les fesses et si de surcroît il se repère mal sur son propre corps et dans l'espace environnant. Nous devons aussi tenir compte du fait qu'une vessie instable ou immature peut être associée à une instabilité psychomotrice globale et une constipation à un comportement d'enfant inhibé.

Question de langage: «biofeedback» ou «rétroaction perceptive»?

«Biofeedback» est un terme peu clair qui englobe tous les phénomènes biologiques et physiologiques susceptibles d'être modifiés ou corrigés par un acte mental volontaire succédant à la prise de conscience du phénomène à l'aide de moyens matériels.

Dans le domaine rééducatif qui nous concerne, le phénomène là corriger est moteur. Il est en outre surprenant de confondre sensation et perception. L'expression «rétroaction sensorimotrice» ne rend pas compte de l'acte mental correcteur et «action» fait double emploi avec «moteur». Nous pensons que le terme de «rétroaction perceptive» convient mieux, il s'agit même – car corrective – d'une «ortho-rétroaction». Meige se sevait d'un miroir pour corriger les tics [2]. Sous bon éclairage, le miroir s'avère encore aujourd'hui être l'outil inégalé de cette «ortho-rétroaction perceptive». Il donne à l'enfant une excellente image, nécessaire à l'intégration du périnée dans son schéma corporel. Le fait que, dans un but rééducatif et ludique, nous «habillons» cette région intime d'autocollants colorés rend cette image très nette du périnée moins crue, donc moins agressive sur le plan psychologique, notamment chez les enfants opérés de malformations.

Modèle de base du biofeedback idéomoteur: exercice des deux figurines et du miroir

L'enfant choisit deux figurines autocollantes et nous indique sur quelle fesse coller la première, la seconde étant destinée à l'autre. Elle seront

nouveau

Syndrome cervical traumatique

La minerve **ouverte**

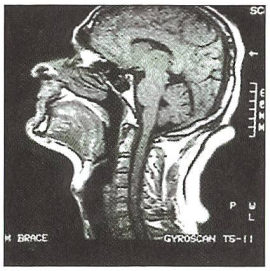
***M*brace®**

***M*brace®** conçu pour:
Une mobilisation contrôlée des vertèbres cervicales.
Un travail proprioseptif.

La technique révolutionnaire qui ouvre aux patients atteints de traumatisme cervicaux, une nouvelle dimension dans la phase de rééducation.

***M*brace®** s'adapte parfaitement grâce à sa forme anatomique ***M*brace®** soutien précocement la physiothérapie, l'ergothérapie et les mesures de rééducation.

Sans ***M*brace®**


Avec ***M*brace®**

❑ Prière de nous faire parvenir de la documentation

❑ Je suis intéressé, veuillez prendre contact au:
Tél. _____

BERRO AG Case postale CH-4414 Füllinsdorf
Téléphone 061-901 88 44 Fax 061-901 88 22

physio 2000

apposées symétriquent à distance de la marge anale. S'il s'agit de personnages ou d'animaux, on demande à l'enfant de décider s'ils sont amis ou ennemis. Amis, ils auront un secret à se chuchoter, ennemis, ils voudront se battre. Dans les deux cas, ils devront entrer en contact, ce qui motive énormément l'enfant à serrer de toutes ses forces l'anus et les fesses, au point que tous décollent le bassin en demi-pont, tandis qu'ils observent leur effort dans le miroir. Cette constatation confirme l'inestimable valeur de l'exercice yogin du demi-pont repris comme base de la «kinésithérapie gynécologique» de Thure Brandt et par nous-mêmes [10]. Elle montre la puissance de la représentation mentale préparant l'acte idéo-moteur telle qu'elle est utilisée aujourd'hui dans l'entraînement sportif de haut niveau [11]. Nous partons du «contracté/relâché» de Jacobson [6] et pensons que, pour apprendre à relâcher au maximum l'anus, il faut commencer par apprendre à le contracter au maximum, donc aussi en recrutant les fessiers. Un capteur manométrique de pression ou un simple cathéter permettent de mesurer cette contraction anale ou de s'en assurer. Cet exercice sert autant à la tonification périnéale qu'à la correction d'une adissociation abdomino-anale.

Une mise en garde s'impose: dans ce type d'exercice, il faut absolument s'en tenir à la dénomination de l'exercice et ne pas demander à l'enfant de commentaires afin de réduire au minimum les fantasmes sur cette zone taboue. Excepté cet exercice des deux figurines, toutes les techniques sont montrées sur notre vidéo [12], l'exercice des gommettes et celui des pailles sont présentés dans notre livre [10]. Elles réalisent chacune une forme différente de rétroaction perceptive (biofeedback idéomoteur) visant par leur diversité à engendrer une sommation maximale de stimuli indispensable à la corticalisation et à l'optimisation des traitements, tant en qualité qu'en durée.

Techniques psychomotrices intégrées à la kinésithérapie pelvi-périnéale

Les exercices utilisés portent tous un nom. Nous précisons pour chacun d'entre eux l'objectif technique qui lui est dévolu.

Le «nez de lapin», par contraction des muscles dilatateurs des narines (humer), correspond à une vérification d'une commande volontaire correcte de la musculature striée. Si l'enfant n'y parvient pas spontanément, l'exercice s'inscrit dans la prise de conscience de sa musculature.

Le «stretch-réflexe des fesses» s'adresse aux enfants ne sachant pas les serrer. On utilise ici deux bouts de sparadrap collés sur chaque fesse, l'enfant étant sur le dos ou debout, face à nous.

Le «poing fermé ganté», appliqué sur le périnée, fournit une contre-résistance à la poussée correctement orientée par l'enfant à qui on apprendra à doser son effort, sans crisper le haut du corps ni congestionner son visage [1].

Les «gommettes de couleur», au nombre de trois, que choisit l'enfant sont collées sur le centre tendineux du périnée et sur chaque fesse, de part et d'autre de l'anus, comme pour l'exercice des deux figurines. Ceci lui permet d'observer dans le miroir les déplacements minimes du centre tendieux, l'enfant pouvant ensuite les percevoir tactilement avec son doigt. Dans ce but, on aura recours au repérage visuel à l'aide des gommettes et du miroir-biofeedback [8] ainsi qu'au feedback tactile. L'exercice des deux figurines, beaucoup plus riche sur le plan idéomoteur, entraîne une contraction d'une intensité incomparablement supérieure à celle obtenue par les gommettes seules. De plus, ces deux exercices combinés simultanément, permettent le travail alterné, avec et sans recrutement.

Les «pailles-fleurs», au nombre de deux ou trois, sont emboîtées l'une dans l'autre et clampées à la base par une pince leur servant de socle. Fixées verticalement sur le centre tendineux, avec un sparadrap, elles forment bras de levier et – comme un biofeedback – amplifient dans leur débattement angulaire les faibles déplacements de ce centre lors de la retenue, du relâchement périnéal et de la poussée. Les enfants y apposent des autocollants et repartent avec ces «fleurs» en guise d'encouragements et de récompense.

Le «bonhomme-sémaphore», associé à celui des pailles, est un exercice ayant pour but de bien faire dissocier le relâchement nécessaire à la miction (bras perpendiculaires à l'axe du corps), de la poussée pour exonérer les selles (bras le long du corps). Les bras tendus au-dessus de la tête, dans le prolongement du corps, accompagneront tout effort de retenue.

L'«ascenseur» est un exercice où, à l'aide d'une seringue sur laquelle des gommettes collées repèrent les étages, l'enfant voit immédiatement sur les déplacements du piston les effets des poussées qu'il exerce sur un ballonnet intrarectal lubrifié [1]. Cet exercice est capital pour travailler l'adissociation abdomino-anale à l'aide des mouvements d'ascension du piston de la seringue puis de l'expulsion du ballonnet. Cette dernière sera parfois associée à la traction légère d'une faible charge, selon notre méthode des contractions isométriques intermittentes résistées (CIIR) [12, 13], à effet proprioceptif majeur. Les CIIR permettront en outre de retonifier, avec des charges plus importantes (300 à 1700 g) un sphincter anal affaibli comme on peut en rencontrer dans les constipations liées à des malformations opérées à la naissance.

Enfin, le «pistonnage rythmé à volume décroissant» nous sera utile pour travailler la compliance rectale en utilisant le réflexe recto-rectal (RRR) [1], une fois déterminé le volume maximal de distension toléré par l'enfant (VMT), puis le volume maximal utilisable pour la rééducation (VMU). L'écart moyen entre VMT et VMU est de 20 à 50 ml, le VMU nous permettant de travailler en dessous du seuil nociceptif, alors que le besoin d'exonération est encore trop élevé. Le seuil de sensibilité (VS) et le volume de perception constante (VPC) vont ainsi progressivement s'abaisser simultanément au VMT, rendant alors au rectum un volume et une compliance normale. Enfin, une expiration forcée associée au dernier coup de piston fait descendre encore plus bas les seuils.

Conclusion

Tenir compte du comportement de l'enfant constipé chronique et de celui de son entourage familial, de ses habitudes alimentaires et exonératoires, préside à tout traitement éducatif ou rééducatif qui a toujours intérêt à être entrepris au plus tôt. Attacher une importance particulière à la précision d'un langage adapté à son âge, base incontournable d'une image corporelle enrichie, s'accorde avec notre méthode psychomotrice ludique où la plus grande place est faite aux techniques de rétroaction perceptive (biofeedback). La dimension affective apparaît déterminante quand on envisage de normaliser le tonus musculaire. La qualité du vécu proprioceptif tonico-émotionnel est le facteur principal recherché pour motiver au mieux l'enfant qui, sans cela, serait vite rebuté. En outre, ce type de travail psycho-idéomoteur réalise une sommation de stimuli tout à fait indispensable au meilleur investissement du lieu corporel périnéal tabou, mal perçu et mal contrôlé. Avec quelques adaptations de bon sens, notre méthode agit de la même façon chez l'adulte.

Une telle thérapie psychomotrice intégrée à la kinésithérapie a des visées outredisciplinaires. Elle pose un faux dilemme de domaine d'exercice professionnel, car elle n'entre pas dans les compétences du psychomotricien. Mais elle pose un vrai problème: celui de l'acquisition du langage psychomoteur par le kinésithérapeute afin qu'il puisse prendre parfaitement en charge cette fonction supérieure psychomotrice au service de laquelle sont dévolues toutes les autres fonctions corporelles et qui, propre à chaque individu, n'appartient qu'à lui mais à aucune profession.

Dans le présent travail, nous fournissons une fois de plus la preuve qu'une certaine forme de psychomotricité comportementaliste (behavioriste) s'adapte parfaitement à la médecine de rééduca-

tion fonctionnelle. Depuis plus de dix ans, nous obtenons, grâce à notre méthode, d'excellents résultats dans la rééducation de la constipation chronique de l'enfant. L'adissociation abdomino-anale est souvent corrigée en deux à trois séances. Dans tous les cas, au bout de sept à dix séances, à raison d'une par semaine, nous notons toujours une grosse amélioration, et en général la disparition des symptômes. Le traitement médical par mucilages, laxatifs et accélérateurs du transit doit pourtant être poursuivi encore quelque temps, jusqu'à la pérennisation des résultats.

Les échecs enregistrés par Loening-Baucke, sa déception liée au traitement de la constipation de l'enfant par le biofeedback [14] et la discussion qui s'ensuit [15] sont peut-être la traduction de l'oubli du facteur thérapeutique primordial qu'est la sommation de stimuli affectivo- ou idéo-moteurs tonico-émotionnels si motivants et si productifs.

Cette approche psychomotrice non seulement valable pour le périnée l'est aussi pour l'ensemble de la kinésithérapie et mérite qu'on y porte le plus grand intérêt.

(JOURNÉES DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉEDUACTION, Rééducation 1998, Paris 1998, 44–53)

Bibliographie

1) *VALANCOGNE G., LOUIS D.: Rééducation en coloproctologie,* 126 p. Paris, Masson 1993.

2) *LEHMANS JM., CORNU JY.:* Périnéomètre de Kegel et naissance du biofeedback: les malentendus historiques. *In: Rééducation 1998,* pp. 25–34. Paris, Expansion Scientifique Française, 1998.

3) *LOENING-BAUCKE V.:* Chronic Constipation in Children. *Gastroent,* 1993; 105: 1557–64.

4) *LOENING-BAUCKE V.:* Encopresis and soiling. *Pediatric Clin North Am,* 1996; 96, 1: 279–98.

5) *LOENING-BAUCKE V.:* Biofeedback Treatment for Chronic Constipation and Encopresis in Childhood: Long-Term Outcome, *Pediatrics,* 1995; 96, 1: 105–10.

6) *PARTIN JC., HAMIL SK., FISCHEL JE., PARTIN JS.:* Painful Defecation and Fecal Soiling in Children. *Pediatrics,* 1992; 89: 1007–09.

7) *CORNU JY., LEHMANS JM., AUBERT D.:* Rééducation des troubles vésico-strio-périnéaux chez l'enfant: principes et contexte. *Profession Kiné Plus,* 1998: 68: 5–17.

8) *DURAND DE BOUSINGEN R.: La relaxation,* 126 p. «Que sais-je?», Paris, PUF, 1965.

9) *VEYRAC M., GRANEL D., PARELON G., MICHEL H.:* Constipation idiopathique de l'enfant, intérêt du traitement par biofeedback. *Pédiatrie,* 1987; 42: 719–21.

10) *LEHMANS JM.: Gym-Câline.* 175 p., Lausanne, Payot, Paris, Doin/Initiat. Santé, 1995.

11) *POTTERAT-REICHENBACH A.:* L'entraînement mental en sport: utilisation, critères d'efficacité et effets sur la performance. *Sportmed Sporttraumat,* 1995; 2: 21–3.

12) *LEHMANS JM.:* Techniques psychomotrices intégrées à la physiothérapie pelvi-périnéale (Vidéo-cassette). Lausanne, CEMCAV, CHUV, 1995.

13) *LEHMANS JM., CORNU JY., BERGER D.:* Pratique de la méthode des contractions isométriques intermittentes résistées (CIIR) adaptée à la rééducation du périnée. *Ann Kinésithér,* t. 25, nº 5; 201–205, 1998.

14) *LOENING-BAUCKE V.:* Biofeedback Training in Children with Functional Constipation, a Critical Review. *Digest Dis Sci,* 1996; *41,* 1: 65–71.

15) *WALD A, LOENING-BAUCKE V.:* Constipation and Biofeedback in Children. *Digest Dis Sci,* 1996; *41,* 8: 1653–55.

(Journée de Médecine physique et de rééducation, rééducation 1998, Paris 1998, 44–53)

ANZEIGEN

PERNATON® GEL

Le nouveau Gel de friction

Le nouveau plaisir de frictionner avec le Gel PERNATON. Un produit de friction sans graisse, contenant les précieux GAG glucosaminoglycanes et l'extrait PERNA® original, substances vitales spéciales de la mer qui fortifient le tissu conjonctif et les articulations. Le gel rafraîchit agréablement dans un premier temps et réchauffe ensuite par une intense activation de l'irrigation sanguine de la peau.

L'application est simple:

Masser légèrement avec 2 à 3 portions: nuque, épaules, dos, coudes, bras, genoux, jambes et pieds.

tube à 125ml

Les sportifs utilisent le Gel PERNATON avant la phase de réchauffement et après le sport pour faciliter la régénération et la récupération. Le Gel PERNATON a une odeur rafraîchissante et pénètre immédiatement.

Convient pour la iontophorèse et la phonophorèse

NOUVEAU!

emballage économique pour le professionnel avec pompe de dosage.

1kg emballage professionnel

Gratis-Informations et échantillons:
Prénom: _____
Nom: _____
Profession: _____
Rue: _____
NPA/Lieu: _____
Semomed SA, CP, 4002 Bâle, Fax 061-272 98 73

pour tissus conjonctifs et articulations