

# E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901  
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne  
41100 NAVEIL**

**Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91**

**E-mail : edcas.41@wanadoo.fr**

***Site Médical et Paramédical : [www.edcas.org](http://www.edcas.org)***

Nous souhaitons un bon retour après ces vacances où chacun à su « jongler » avec la météo !

Selon notre formule habituelle mais vraiment indispensable pour le partage de la connaissance : si vous êtes membres du corps de santé, bénévoles ou personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association développe un thème, alors nous sommes à votre écoute.**

Nous sommes aussi à la recherche de témoignages. Merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Le Président,  
**Dr Pierre BULLE**



*« Faire partager sa connaissance à autrui est de l'humanisme plus que du civisme ! »*

*Rodolf-Karel CANOY*

## Bulletin Info

### N° 36

### Septembre 2006

#### Dans ce numéro :

|   |    |
|---|----|
| Synthèse du colloque de Juin 2006 : « La nutrition, une véritable médecine douce ». | 2  |
| Mode d'emploi pour être sûr de soi  | 3  |
| Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent                     | 5  |
| Les prochaines réunions   | 11 |
| Les membres du bureau   | 12 |
| Numéros disponibles   | 14 |
| Numéros à paraître  | 16 |

La nutrition est souvent considérée comme source de tous les maux puisque l'on accuse notre alimentation de favoriser un grand nombre de problèmes de santé. A travers les régimes, la diététique est souvent aussi perçue négativement, triste, restrictive comme un « empêcheur de tourner en rond ».

Au contraire les données les plus modernes mais aussi la tradition nous montrent que manger est d'abord source de bienfaits. « Que ton alimentation soit ton médicament dirait Hippocrate. Le bon sens nous montre également à quel point l'alimentation est un facteur de bien-être. Le premier bienfait est d'abord le plaisir induit par la prise alimentaire. « Manger est d'abord une volupté » écrivait Jean Trémolières.

Le repas est aussi un moment de partage, d'échange, c'est un acte d'amour. Mais avant tout c'est la vie, la source de la vie, voire plus simplement de la survie. Nourrir, réjouir, réunir, voici les rôles de l'alimentation. Mais aujourd'hui la science nous enseigne, à travers l'épidémiologie et la recherche expérimentale, que notre alimentation peut très fortement contribuer à prévenir un grand nombre de maladies. Pour cela nos aliments forment une véritable alchimie grâce aux innombrables constituants qui les composent.

La variété alimentaire est la base de cette complexité. C'est le premier principe de l'équilibre alimentaire. Il n'est cependant pas si facile à mettre en place car la nature prudente de l'homme omnivore le conduit à se méfier de ce qu'il ne connaît pas. Le second principe de l'équilibre alimentaire est la modération.

Pour cela nous devons écouter les signaux que nous adresse notre corps. Mais ceux-ci sont perturbés par les signaux extérieurs ceux de la disponibilité alimentaire et des stimulations sensorielles des aliments. « C'est la nourriture trop bonne au palais qui rend obèse » annonce un dictionnaire haïtien. Pour équilibrer cette balance l'activité physique est une clé trop souvent négligée. Enfin le troisième moyen pour parvenir à cet équilibre est la recherche de la qualité des

aliments : bien choisir ses aliments, mais aussi donc en amont bien les produire, transformer, préparer.

Ainsi la nutrition est capable de maintenir l'état de santé mieux que tout autre moyen ésotérique, artificiel ou médicamenteux. C'est une véritable médecine douce, active, efficace, sans inconvénient à condition de respecter les 3 lois de la nutrition : il n'y a pas de mauvais aliment, sinon c'est un poison, seuls les excès par défaut ou par excès sont mauvais. Il n'y a pas d'aliment parfait, excepté le lait ... maternel, et il faut donc diversifier notre alimentation. Il n'y a pas d'aliment indispensable, seuls les nutriments le sont, et il nous faut donc accepter le principe de la diversité des habitudes et des cultures alimentaires pour parvenir au même but.

Face à ces vérités les égarements sont multiples, avec de multiples « hérésies » qui prennent le plus souvent la forme de diktats alimentaires, de croyances, d'idées sectaires, de restrictions imposées, que ce soit pour le culte de la minceur, pour satisfaire des gourous et ayatollahs de la diététiques, nouvelles formes de terrorisme alimentaires modernes. La voie est étroite.

La culture alimentaire française avec ses diversités, ses repas structurés a des atouts, mais elle est menacée par les rythmes de vie, la facilité et la démagogie alimentaires.

Enfin, lorsque la santé défaille, la nutrition est encore un partenaire privilégié, un allié précieux tant pour accroître nos défenses que pour renforcer le goût ... de vivre.

La santé est dans l'assiette, elle est à la portée de tous à condition de la vouloir. Le savoir n'est pas la condition de cette réussite. Cela passe davantage par la recherche des saveurs, et par l'art culinaire, par l'écoute de son corps et de ses besoins.

Bien manger est non seulement un droit, c'est aussi un devoir, mais encore une liberté. Heureusement !

### Surveillez votre langage non verbal

Intonations, volume de la voix, silences, gestuelle ... chaque interlocuteur peut déceler le peu de force de conviction qui anime celui qui tente de s'opposer. Aussi est-il important que votre discours soit en harmonie avec votre attitude générale. Si vous n'êtes pas d'accord avec un collègue, ne baissez pas les yeux en marmonnant. Pour vous faire entendre, il est préférable de soutenir le regard de l'autre et d'articuler clairement votre message.

### Définissez votre seuil de tolérance

Lorsque le comportement d'un proche vous heurte, posez-vous la bonne question: « Est-ce que, dans six mois, dans un an, je pourrai continuer à accepter ce comportement-là ? » Si la réponse est non, refusez-le tout de suite.

Car, à force de trop s'effacer devant quelqu'un, on rumine la situation, on finit par en vouloir de plus en plus à l'autre et, un jour, on explose pour un rien ou l'on décide de mettre un terme à la relation.

### Redevenez objectif

Si quelqu'un doit vous juger ou vous rejeter pour un "non", mérite-t-il votre affection? Croyez-vous pouvoir faire l'unanimité et être aimé de tous ? Mûrir consiste à s'affirmer, au risque d'être désapprouvé, et à accepter de déplaire.

### Dédramatisez la situation

Prenez de la distance avec vous-même sans vous focaliser sur votre problème. Et, surtout, cessez de vous culpabiliser.

Vous êtes sorti d'une discussion avec l'impression d'avoir manqué d'à-propos ? Peut-être ... Mais ce n'est pas une raison pour croire que vous n'arriverez jamais à vous faire entendre et que vous ne valez rien. Si vous avez raté une occasion d'exprimer votre pensée, dites-vous que vous en aurez d'autres. Le sens de la répartie est un entraînement, imposez-vous chaque jour de nouveaux défis dans vos conversations

### Refuse la pression de l'urgence

Les personnes qui vous mettent la pression cherchent souvent à vous manipuler. Pour vous faire endosser leur stress ou pour vous empêcher de prendre une décision mûrie. Autorisez-vous à prendre du temps pour faire les choses.

Entraînez-vous à répondre: « Je t'ai entendu, je vais réfléchir et je te rappellerai pour te donner ma réponse. »

### Donnez-vous le droit de ne pas répondre aux questions

Ne confondez pas ce droit avec l'impolitesse. On ne peut pas passer sa vie à se dire « Mais qu'est-ce qui m'a pris de lui parler de cela ? » Pour ne pas répondre, on

*« Nous nous devons accepter autrui tel qu'il est et non pas tel que nous souhaitons qu'il soit où la résultante engendre un partage commun. »*

*Rodolf-Karel CANOY*

peut : ignorer la question, comme si on ne l'avait pas entendue. Utiliser l'humour: « Si on te le demande, tu diras que tu ne sais pas. »

Exprimer un refus diplomate: « Oh, c'est une trop longue histoire. ». Donner une réponse farfelue qui déstabilisera le curieux

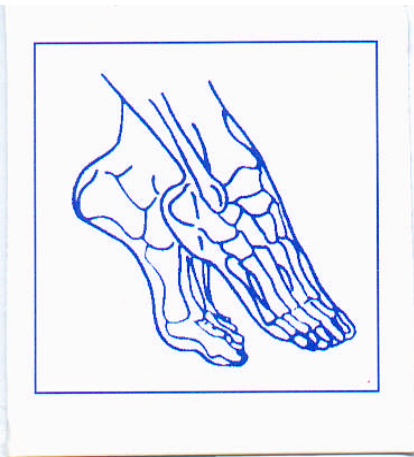
### Ne vous justifiez plus

En vous justifiant, vous plaidez coupable. Vous n'avez pas envie de partir en week-end avec des amis ? Dites simplement « Non, je n'ai pas envie », au lieu de vous perdre dans des explications : « Comme j'aurais aimé venir avec vous, mais j'ai rendez-vous chez le dentiste ».

La plupart du temps, vos amis ne sont pas dupes et vous prenez le risque de vous entendre dire : « Ce n'est pas grave, on remet ça au week-end prochain. ».

### Autorisez-vous à changer d'avis

Osez dire: « Je t'ai dit oui trop vite. Je suis désolé si je t'ai fait une fausse joie, mais je ne pourrai pas t'accompagner à ce vernissage. ».



## ORTHOPÉDIE B. GANIVET

Résidence les Acacias

71 Faubourg Chartrain  
41100 VENDÔME

Tél. : 02.54.77.74.56

Fax. : 02.54.77.24.96

Site Internet : <http://www.ganivet.fr>  
E-mail : [ganivet.hexaplus@wanadoo.fr](mailto:ganivet.hexaplus@wanadoo.fr)



Le trouble obsessionnel compulsif est une pathologie fréquente, mais sous-estimée qui commence souvent au cours de l'enfance, mais qui est prise en charge trop tardivement. C'est à la description de la maladie obsessionnelle que les auteurs se sont ici attachés, en illustrant leurs propos d'exemples cliniques.

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une pathologie psychiatrique fréquente, elle représente en effet, selon une étude américaine récente, le quatrième motif de consultation chez les médecins psychiatres libéraux après les phobies, les troubles de l'humeur et les troubles liés à une substance (Hollander, 1997). En France, le TOC représente environ 17 % des consultations en psychiatrie de ville (Bourgeois, 1996) derrière les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. La fréquence du TOC chez les jeunes est actuellement estimée entre 1 % (Waltz, 2000) et 2,7 % (Rapport et coll., 2000).

### Un trouble identifié tardivement

Malgré la fréquence que l'on peut estimer élevée, le trouble obsessionnel compulsif reste encore aujourd'hui largement sous-estimé chez les jeunes. En effet, bien que s'agissant d'une pathologie chronique parfois invalidante avec des complications graves telles qu'un état dépressif majeur, le TOC est sous-diagnostiqué dans la population infanto-juvénile.

Le diagnostic est posé souvent après un long périple. L'enfant sera vu par le clinicien, à la différence de l'adulte, après un certain temps plus ou moins variable de gêne, de souffrance, de dissimulation par le jeune de ses comportements « curieux » : c'est souvent l'entourage scolaire, familial, qui, perplexe face aux comportements inadaptés, va s'interroger sur le bien-être de l'enfant et provoquera une rencontre avec des professionnels de la santé. Les raisons de l'inquiétude de l'entourage sont diverses: incapacité ou difficulté extrême à prendre une décision, lenteur excessive en lecture à voix haute, même question posée plusieurs fois, exigences de propreté (refus, par exemple, de ramasser un

crayon tombé par terre), gestes répétitifs (tourner et retourner la même page d'un livre)... L'enfant va rarement se plaindre et demander de l'aide. En revanche, l'adulte sait qu'il a quelque chose de « pas normal » et qu'il devrait demander de l'aide médicale. L'enfant jeune ne se rend pas compte du caractère pathologique de ses conduites, encore moins de la nécessité d'une aide psychologique. Le diagnostic de TOC peut donc être posé après plusieurs années de souffrance. L'enfant âgé entre quatre et huit ans sera alors amené à consulter sur les constatations de l'entourage (familial ou scolaire).

Lorsque le trouble n'est pas observé, l'enfant n'exprimera sa souffrance spontanément que vers l'âge de neuf, douze ans. Chez l'adolescent, les handicaps cognitifs, affectifs et sociaux du trouble étant manifestes, la consultation aura lieu dans un climat familial tendu et dérouté.

L'adolescent, lui, résiste parfois longtemps avant d'accepter l'éventualité d'une consultation. Chez l'enfant, le retard du diagnostic peut résulter d'une banalisation du trouble. Les parents, les pédiatres et cliniciens pensent que cela passera avec l'âge. Or, en pratique clinique, on constate que les guérisons spontanées sont très rares, certaines études donnent des taux de guérison sans traitement allant jusque 12 % (Skoog et Skoog, 1999).

### Début précoce

Le TOC débute dans 50 % des cas durant l'enfance ou l'adolescence (Rasmussen et Eisen, 1990) ; on note deux pics d'incidence du trouble, un premier au début de la puberté vers l'âge de dix, onze ans et un deuxième chez l'adulte jeune vers vingt ans. Les deux sexes sont atteints de manière équivalente. Il n'existerait pas de facteur déclenchant à l'apparition du trouble.

### La comorbidité

Le TOC peut être associé à d'autres pathologies, les plus fréquentes étant les tics

moteurs, les troubles anxieux, la dépression, ainsi que les troubles du comportement alimentaire. La maladie de Gilles de la Tourette fait partie des tics moteurs le plus souvent associés à un TOC, il importe de rechercher un TOC chez les patients souffrant de cette pathologie (30 % à 90 % de ces patients ont un TOC associé). On retrouve aussi parfois chez les patients atteints de TOC un trouble panique, une phobie sociale ou un trouble anxieux généralisé. Les troubles de la conduite alimentaire sont le plus souvent retrouvés chez les filles. Le TOC est associé à un trouble de l'humeur chez 23 % des enfants présentant un TOC (Bouvard, 1995).

### Les symptômes obsessionnels pathologiques

Les rituels ou habitudes de l'enfant associés au développement sont très différents des conduites obsessionnelles: l'enfant non obsessionnel adopte ses « habitudes » avec joie et sans lenteur. De plus, ces conduites ont un but bien précis: se coucher, dire au revoir aux parents, lecture de la même histoire tous les soirs ... Les rituels avant le coucher deviennent pathologiques à partir du moment où ce comportement devient envahissant: l'enfant luttant pour ne pas aller se coucher et vérifiant plusieurs fois son cartable avant d'aller au lit, se levant à plusieurs reprises pour ranger correctement les rideaux de la chambre.

Le rituel du coucher peut durer très longtemps: l'enfant allant dire bonsoir à ses parents plusieurs fois avant d'aller au lit, multipliant des allers-retours entre sa chambre et ses parents, puis demandant un verre d'eau, une histoire, que sa porte soit entrouverte ...

Ces rituels sont évocateurs d'une angoisse de séparation. Leur persistance pendant plusieurs mois confirmera le diagnostic d'anxiété de séparation.

En revanche, dans le trouble obsessionnel compulsif, l'anxiété de l'enfant ne paraît pas obéir à des lois de la réalité, telles que la séparation ou la catastrophe. L'anxiété trouve sa source dans des préoccupations incompréhensibles pour

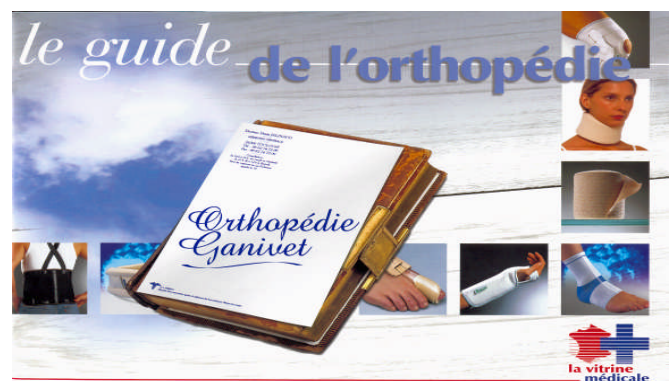
l'entourage. « Je ne veux pas que mes affaires d'école soient mises dans ma chambre, car j'ai vu des images de monstres à l'école et donc mes affaires sont contaminées par les monstres. » La contamination de la peur ressentie lors de l'observation des images a été associée arbitrairement aux affaires scolaires. L'enfant ne veut pas voir ses affaires dans sa chambre afin d'éviter la peur. Mais, ses vêtements ne sont pas contaminés.

Il a « choisi » les affaires scolaires comme cible de la contamination. La contamination suit une logique très particulière, la logique obsessionnelle. Les thèmes et les comportements obsessionnels chez l'enfant sont variables en fonction de l'âge et du développement psychologique. Chez l'enfant jeune, les rituels ou compulsions sont plus fréquents que les obsessions. Plus tard, à partir de sept, huit ans, ce sont les rituels mentaux qui se font plus présents, l'enfant sollicite en permanence le pouvoir de la pensée afin de chasser les idées obsédantes.

### Formes d'obsession

#### Obsession idéative

Un mot (cancer, accident, mort ... ), une idée inacceptable (« j'ai dit quelque chose de mauvais à mes parents, je dois donc m'en excuser parce que si jamais ils ont un accident je ne pourrai jamais me le pardonner »), persécutent l'enfant et le font plonger dans un état de culpabilité, de doute. Il associe le mot « mauvais » à un proche qui pourrait subir l'influence du mot (par exemple,



l'un des parents pourrait développer un cancer parce qu'il a pensé à lui quand le mot cancer était présent dans son esprit). Il lutte pour éloigner cette idée, mais la bataille est perdue d'avance: penser à ne pas penser a un effet paradoxal en augmentant la durée de l'idée pathologique.

La volonté de ne plus penser est contraire aux conditions de laisser aller les pensées, sans imposer ni censure ni intérêt.

### Image obsédante

Crues, horribles ... Parfois, certains enfants décrivent des idées obsessionnelles où ils imaginent des scènes atroces. Marjorie, âgée de treize ans, lisait un journal sur les animaux. Elle a vu des photos de requins. Brutalement, quelques heures après, elle a été saisie d'angoisse parce qu'elle a commencé à imaginer le requin de la photo en train de triturer son frère aîné. Celui-ci était un sportif pratiquant la planche à voile en mer. Cette idée a tellement terrifié Marjorie qu'elle a demandé à son frère de lui jurer qu'il ne ferait plus de la planche à voile.

Bien évidemment, son frère a refusé, ne comprenant pas les motivations de sa sœur. Dans les jours qui ont suivi, Marjorie s'est sentie obligée de vérifier si le requin était toujours sur la photo du journal. Elle imaginait que, d'une manière mystérieuse, le requin pourrait sortir de la photo, passer par la tuyauterie, aller dans les égouts, arriver à la mer et attendre son frère pour le dévorer.

Elle critiquait cette idée comme totalement absurde, mais les images du requin tueur étaient effrayantes. A chaque fois qu'elle avait ce type d'image, elle tentait d'annuler l'idée que son frère serait tué par le requin en comptant jusqu'à un chiffre pair ou bien en touchant certains objets considérés par elle comme positifs: tableaux représentant des images religieuses, des peluches ... Le journal était sous double clé pour empêcher le requin d'aller vers la mer.

Marjorie avait une scolarité assez bonne et

un fonctionnement social satisfaisant, mais les affects dépressifs se sont développés progressivement et Marjorie a demandé de l'aide à ses parents, plus précisément elle voulait rencontrer un psychiatre ou un psychologue.

### Obsession phobique

Craintes obsédantes de la souillure (excréments, sperme, saleté), de la contamination en général (microbes) ou d'une maladie précise (cancer, sida), de la pollution (les voitures), des toxiques (le taux de plomb dans les canalisations d'eau potable).

### Obsession compulsive

Peur angoissante d'être amené de façon irrésistible et contre sa volonté à commettre un acte incongru, immoral ou criminel. L'adolescent qui imagine qu'il pourrait, dans un geste « fou », pousser un ami sur les rails du métro aura peur de perdre le contrôle de lui-même et évitera de prendre le métro parce que « on ne sait jamais ».

Quand il parvient à communiquer le contenu de ses craintes, il parle de désir de pousser quelqu'un, mais en fait il confond envie et peur d'avoir envie.

Il pense avec conviction être pris d'envie de pousser quelqu'un. Un autre type de manifestation du même registre, fréquent chez l'adolescent, est l'idée effrayante de violer ou toucher sexuellement un enfant.

L'idée apparaît soudainement après, par exemple, avoir suivi les informations à la télévision où a été relaté un fait divers sur des violeurs d'enfants. Il s'approprie, contre sa volonté, l'idée et perd toute confiance en ses capacités de contrôle de lui-même: il n'arrive pas à se convaincre que le fait de ne pas avoir envie est suffisant pour ne pas réaliser un acte jugé immoral.

L'idée obsédante qu'il pourrait désirer faire quelque chose d'immoral lui est pénible; au niveau

conscient, il sait qu'il n'a aucune envie de faire quelque chose, mais il a peur de se surprendre dans un état second.

### La souffrance psychique

L'intensité des symptômes est différente d'un enfant à l'autre selon le thème obsédant. L'enfant qui a peur d'oublier une partie de ses affaires scolaires et se sent obligé de vérifier son cartable moult fois se sentira soulagé en arrivant à l'école avec toutes ses affaires. Mais celui qui, en partant à l'école, est agressé par l'idée qu'en fermant la porte il a peut-être coincé, blessé ou bien coupé la queue du chat, ne pourra pas ôter de son esprit cette idée horrible d'avoir blessé son chat, et il passera toute la matinée à se tourmenter, à se sentir responsable et à culpabiliser. Il ne pourra vérifier l'état du chat qu'en fin d'après-midi en rentrant chez lui et le lendemain tout recommencera. Parfois, l'enfant obsessionnel a des moments de répit: les idées horribles d'oublier, de blesser, de se tromper, sont parties. Mais, ces moments sont fugaces et si éphémères ... Il suffit d'écouter à la radio ou à la télévision qu'un nouveau cas de vache folle a été découvert dans un coin de France pour qu'il soit envahi par des angoisses de mort imminente s'il a mangé de la viande. Pour annuler cette angoisse il touchera, par exemple, trois fois son bureau, ce geste éliminera tout danger, une voix dans sa tête lui dit que cette action compulsive est suffisamment puissante pour le protéger. Il est très fréquent d'écouter le récit des jeunes obsessionnels qui pensent sans cesse au risque d'être assassinés par l'un des parents.

Comment comprendre la logique de la pensée de ce jeune qui pense avec horreur que l'un de ses parents veut le tuer, la motivation à « tuer » du parent est rationalisée : « Je n'obéis pas toujours, je suis méchant », « J'ai écouté mes parents se disputer, ils vont vouloir se débarrasser de moi pour divorcer tranquilles. » Il consacre beaucoup de temps à s'assurer qu'il n'y ait pas chez lui de seringues contaminées par le virus du sida, il passera systématiquement ses mains sur la chaise sur laquelle il s'assoira, il scrutera son lit avant de se coucher et quel désespoir lorsqu'il constatera sur

son corps un bouton qui aura l'aspect d'une injection par seringue.

La vérification, pour tous ces enfants, les calme pendant un certain temps variable, sauf pour l'enfant qui se sent obligé d'anticiper tous ces gestes : « Je vais sortir de la salle de classe, je vais regarder à droite, je vais poser mon pied droit sur la marche de l'escalier, puis l'autre pied ... ».

Il ne peut pas avec la vérification ou un geste compulsif se calmer, c'est l'action qui finira cette « prise de tête », mais l'action suivante sera aussi anticipée: il a sa tête « enchaînée et prisonnière ». Avec le temps, la majorité des jeunes obsessionnels voient une poursuite de leur trouble avec des variantes dans leurs symptômes. Le trouble obsessionnel compulsif est souvent concret chez le jeune enfant.

*« L'inconnu est une ignorance à combler ! »*

*Rodolf-Karel CANOY*

À l'adolescence, les obsessions et les compulsions intègrent des thèmes abstraits : la galaxie, l'infini, sont des vécus psychiques qui poussent le jeune à réfléchir longtemps afin d'apaiser l'angoisse du néant, de l'inconnu.

### Thèmes obsessionnels spécifiques à l'enfant et à l'adolescent

La perte de l'identité est un thème souvent retrouvé, notamment la peur de devenir quelqu'un d'autre, parfois au contraire l'envie de devenir quelqu'un d'autre, la peur d'être cloné et d'être ainsi remplacé, la peur de devenir quelqu'un de mauvais avec la survenue d'images négatives (comme des personnages maléfiques ou des enfants considérés comme mauvais ou méchants) qu'il faut alors annuler par une bonne image. Les idées de persécution sont favorisées chez ces enfants du fait du sentiment d'être esclave sans capacités de résistance à leurs obsessions.



La peur de perte, d'abandon, est aussi souvent retrouvée chez ces enfants. Ils vont imposer à leurs parents, par exemple, de se coucher toujours après eux. Interdiction absolue même de se reposer sur le lit. Si l'un des parents dit être fatigué, l'idée obsédante que le parent s'endorme avant lui l'enchaîne et le pousse à exiger des promesses ... la tyrannie familiale s'installe.

La peur de perte de contrôle de la vie psychique peut se manifester chez ces patients. Ils décrivent alors une fuite des idées, semblable à celle retrouvée chez un patient maniaque ou hypomane.

L'enfant va alors s'observer se demandant sans cesse à quoi il pense. Il faut qu'il pense afin de ne pas avoir affaire à la menace de mort psychique.

Pratiquement tous les thèmes observés chez l'adulte peuvent être présents chez le jeune.

### La pensée obsessionnelle

Quand le jeune est pris dans le fonctionnement obsessionnel, il n'existe pas de calendrier. Il n'y a pas non plus de dates ni de différence entre le jour et la nuit, les minutes paraissent des heures, les heures sont des secondes.

L'enfant existe par rapport à son obsession, la vie psychique est une tempête remplie des pensées qui ne s'arrêtent jamais. Les habitudes quotidiennes sont exécutées dans un climat robotisé, rien ne compte plus que l'accomplissement d'un rituel. Les émotions sont mises dans une atmosphère froide, dans un bocal de mercure. Elles ne sont libérées que lorsque l'angoisse diminue grâce à la ritualisation.

La pensée cherche activement des personnes rassurantes, des personnes qui répondront au bien-fondé de ses pensées obsessionnelles. Elle est généralement fondée sur le lien d'attachement. Sa perception ne tient pas compte de compétences de personnes qui tranquilisent. Le choix de la personne qui rassure est émotionnel: l'attitude affichée par la figure

rassurante influence l'intensité de l'angoisse. Par exemple, l'enfant qui a la peur obsessionnelle de tomber malade demandera à sa mère s'il risque d'avoir un cancer au moment où il a mal à la gorge ou à la tête, la réponse négative suffira pour rassurer pendant quelques heures ... Il ne voit pas dans la réponse maternelle l'absence de logique: elle n'est pas médecin et répond sans compétences spécifiques Sa réponse est fondée sur la compréhension des troubles de son enfant.

### La voix qui oblige à ritualiser

Pratiquement tous les enfants obsessionnels âgés de moins de dix ans décrivent une voix intérieure qui les oblige à ritualiser. Ils la décrivent à l'intérieur de leur tête, c'est comme s'ils devenaient quelqu'un d'autre pendant les moments de crise obsessionnelle. Cela reflète probablement la fragilité du sentiment d'identité, ils ressentent la contrainte obsessionnelle sous la forme d'ordres donnés par la voix. La voix qui oblige à ritualiser possède des caractéristiques psychologiques: elle est décrite comme tyrannique, elle est méchante ...

Si l'enfant se révolte contre la compulsion et tente d'y résister, la voix le défie: « Tu crois que tu peux t'en sortir facilement, mais tu vas voir prochainement ! » Elle fait irruption dans le champ mental à n'importe quel moment. L'enfant se sent totalement prisonnier des menaces de la voix, C'est une des raisons qui expliquent la difficulté que l'enfant éprouve à parler de ses troubles, Les objets inanimés (cartable, cahiers, verres...) sont perçus partiellement animés: ils pourraient souffrir, être tristes ... Cela correspond à la perception affective de la réalité, la logique de la réalité n'a pas encore pris le dessus sur l'affectif. Le soleil est dessiné avec un grand sourire, il se « couche » le soir et il se « lève » le matin.

Cette perception particulière des objets engendre des conduites obsessionnelles où les objets doivent être protégés des éventuels dangers: un verre près du bord de la table oblige l'enfant à l'éloigner du bord, de plus les objets sont soigneusement rangés, les jouets sont à peine utilisés, l'enfant leur parle, mais il a des difficultés

à jouer avec, car il pourrait les abîmer, les blesser. Il a conscience de l'absence de vie des objets, mais sa perception est imprégnée d'éléments affectifs.

### Le jeune obsessionnel dans sa famille

Le trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent a un retentissement familial, ce dernier a été étudié par Wewetzer et coll. (2003) sur une cohorte d'une quarantaine d'enfants avec leurs parents. Les familles de ces enfants semblent comparables à d'autres familles, l'environnement familial ne semble pas plus strict qu'ailleurs, les normes éducatives de ces enfants sont les mêmes que pour la fratrie.

Les familles de ces patients sont affectées dans leur ensemble, en raison de la symptomatologie parfois bruyante, 85 % des parents sont impliqués dans la réalisation des rituels de l'enfant. Il ressort tout particulièrement de cette étude l'agressivité de ces enfants envers leurs proches, notamment à l'encontre de la mère.

Le comportement de ces enfants est souvent instable, ce qui est source de confusion pour leur famille. Ils oscillent entre le refus de communication et la demande envahissante de l'aider à réaliser ses rituels. Le plus souvent, un seul des parents se retrouve accaparé par la demande d'aide de l'enfant, cela pouvant entraîner des difficultés relationnelles entre les parents.

L'enfant obsessionnel peut adopter un comportement tyrannique, l'angoisse chez ces enfants se transformant en agressivité verbale, parfois physique.

### Les traitements

Le traitement du TOC comporte deux volets: un premier basé sur la psychothérapie, un second chimiothérapeutique. Classiquement, on distingue les troubles ayant débuté dans l'enfance de ceux qui commencent après l'âge de dix-huit ans, chez les premiers le trouble étant généralement plus difficile à traiter.

Chez les enfants, il importe de traiter une éventuelle comorbidité en premier lorsqu'il s'agit d'un état dépressif majeur ou d'un déficit d'attention avec hyperactivité, s'agissant d'un trouble anxieux généralisé ou d'un trouble du comportement alimentaire, les deux pathologies seront abordées en parallèle.

Le traitement pharmacologique repose essentiellement sur les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Les facteurs qui favorisent l'acceptation d'une prise en charge sont liés à la représentation que la famille et le jeune se font du trouble obsessionnel (maladie, perturbation temporaire, hérédité ...), au degré de contrôle sur le trouble, aux types des symptômes (se laver les mains trop fréquemment pour ne pas se sentir sale ou bien avoir la conviction que certains gestes ritualisés protègent de la mort).

Les explications sur la maladie, sur son évolution, sur les obstacles et sur le pronostic (les rituels moteurs sans thème anxiogène sont plus accessibles à la thérapie que l'obsession de la peur d'avoir dit systématiquement quelque chose de négatif qui poussera l'autre au suicide, c'est-à-dire les ruminations anxieuses concernant le rôle nuisible de sa personne), sont donc essentielles pour aider le patient à accepter l'idée de changer.

En effet, la motivation à changer de l'enfant et de l'adolescent en souffrance obsessionnelle est souvent faible.

Les raisons de cette faible motivation sont diverses: la peur de voir se concrétiser leurs craintes par suite de l'arrêt de conduites obsessionnelles, cela entraîne la menace de responsabilité impliquée dans les conséquences redoutées, « cela sera ma faute ». Aussi, certains jeunes s'accrochent à certaines obsessions et compulsions pour éviter d'en avoir d'autres encore plus anxiogènes : « Je préfère vérifier les devoirs trente fois que de penser à une maladie atroce. ».

Puis, la gestion de l'anxiété par des moyens magiques paraît si simple sur le moment ...



## Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois  
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,  
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

**Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.**

*Sous réserve de changements de dernières minutes.*  
*(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment)*  
*Veuillez nous en excuser par avance*

- Le 18 Janvier 2006**      **Kinesthésie par monsieur Nicolas FONTAINE**
- Le 15 Février 2006**      **En accord avec les membres du bureau, la réunion est sans suite**
- Le 15 Mars 2006**      **Huiles essentielles et Fleur de Bach par Monsieur RAGOT**
- Le 19 Avril 2006**      **Chiropractie par Monsieur Stéphane DEPONGE**
- Le 17 Mai 2006**      **Phytothérapie par Monsieur RAGOT et Associé  
+ Préparation du colloque national**
- Le Mardi 13 Juin 2006**      *Colloque à Tours  
la nutrition, une véritable médecine douce  
Par le Docteur Jean-Michel LECERF  
Institut Pasteur de Lille*
- Le 20 Septembre 2006**      **Drainage lymphatique par Mme Christelle POUDRAI-SASSIER**
- Le 18 Octobre 2006**      **Un cas pratique en ostéopathie et discussion par Mr WERHLE**
- Le 15 Novembre 2006**      **Dien Cham par Monsieur David DAGET**
- Le 20 Décembre 2006**      **Assemblée Générale**



## Les membres du bureau E.D. C.A.S. :

### PRÉSIDENT

*Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association*

**Docteur Pierre BULLE**  
**Pierre.Bulle@wanadoo.fr**

### RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

*Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail*

**Rodolf-Karel CANOY**  
**canoy.expertpsy41@wanadoo.fr**

### ORGANISATIONS RÉGIONALES

**Monique LATRON**  
**M.LATRON@wanadoo.fr**

**Madeleine BEZANNIER**  
**Ecrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES**

### CHIRURGIEN-DENTISTE

**Docteur GIUMELLI**  
**contact** (Précisez la personne)

### KINÉSITHÉRAPEUTES

*Association pour le développement de l'hypnose*

**Jean-Michel de BUSSEROLLES**

**contact** (Précisez la personne)

*Exerçant sur Naveil (41)*

**Christelle POUDRAI-SASSIER**

**contact** (Précisez la personne)

### KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

**Frédéric VANPOULLE**  
**frederic.vanpouille@wanadoo.fr**

### MICROKINESITHERAPEUTE

**Éric DE RYCKE**  
**contact** (Précisez la personne)

### CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

**Stéphane DEPONGE**  
**stephane.deponge@wanadoo.fr**

### KINÉSIOLOGUES

**Olivier MAURIÈS**  
**olivier.mauries@tiscali.fr**



**REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM**

David DAGET  
Reflexo37@tiscali.fr

**EDUCATION KINESTHESIQUE**

Nicolas FONTAINE  
educ37@free.fr

**YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE**

*Professeurs diplômés*  
Annie et Jean-François BREUIL  
contact (Précisez la personne)

**MAITRE DE REIKI**

*Membre de l'A.F.M.R*  
Elisabeth D'ARCANGUES  
edarcangues@caramail.com

**SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE**

Michel CLEMENT  
oscar37@club-internet.fr

**CHANT THERAPEUTE**

Alain DESCHAMPS  
contact (Précisez la personne)

**ACUPUNCTURE CHINOISE**

Jean-Jacques BOBINEAU  
Bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

**TRESORIERE GENERALE**

Isabelle LONA  
contact (Précisez la personne)

**AUTRES MEMBRES**

BESNIER Dominique  
BOULAY Christine  
BROSSILLON Pierre  
CHEMINOT Sylvie  
FAUCHEREAU Jean  
GRIMAL Francine  
LAINE Véronique  
LEMELLE Mireille  
METAIS Lydie  
NERON Béatrice  
OURY Bernadette  
PITAUD Josiane  
PONTET Annick  
SAUSSEREAU Josette  
SAUSSET Yvette  
TOULEMONDE Luce  
TRICOTET Yves  
contact (Précisez la personne)



## Numéros disponibles :

| Numéros | Thèmes principaux   | Mois de parution |
|---------|---|------------------|
| 17      | Art thérapie et Monitoring  | Juin 2001        |
| 18      | Ondoline, Hydroxneur, Immunothérapie  | Octobre 2001     |
| 19      | Chakras et Dépression   | Février 2002     |
| 20      | Hypnose et Fibromyalgie   | Mai 2002         |
| 21      | Dépression et Suicide   | Septembre 2002   |
| 22      | Mort subite et Tentative de suicide   | Décembre 2002    |
| 23      | Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes  | Mars 2003        |
| 24      | Dépression et Suicide   | Juin 2003        |
| 25      | Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition  | Septembre 2003   |
| 26      | Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Episode dépressif majeur, Nutrition | Janvier 2004     |



## Numéros disponibles suite :

| Numéros | Thèmes principaux   | Mois de parution |
|---------|---|------------------|
| 27      | L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques   | Mars 2004        |
| 28      | La nutrition : votre santé passe par elle !   | Juin 2004        |
| 29      | Stress et Dépression  | Septembre 2004   |
| 30      | Nos comportements Psycho-affectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments   | Décembre 2004    |
| 31      | La dépression des personnes âgées<br>Le stress au travail<br>Le stress chronique épuise l'immunité<br>Dépister les formes trompeuse de la dépression<br>La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité<br>La vulnérabilité des patients déprimés | Mars 2005        |
| 32      | Allergie alimentaire et Fausses allergies   | Juin 2005        |
| 33      | Stress, Anxiété et Fatigue  | Septembre 2005   |
| 34      | Votre enfant est-il hyperactif ?<br>Narcissisme   | Janvier 2006     |
| 35      | Orgasme<br>Structures et caractères   | Avril 2006       |
| 36      | Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce<br>Mode d'emploi pour être sûr de soi<br>Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent  | Septembre 2006   |



## Numéros à paraître :

| Numéros | Thèmes principaux | Mois de parution |
|---------|-------------------|------------------|
| 37      | Domaine médical   | Décembre 2006    |
| 38      | En étude          | Mars 2007        |
| 39      | En étude          | Juin 2007        |
| 40      | En étude          | Septembre 2007   |
| 41      | En étude          | Décembre 2007    |
| 42      |                   | Mars 2008        |
| 43      |                   | Juin 2008        |
| 44      |                   | Septembre 2008   |
| 45      |                   | Décembre 2008    |

---

### [Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S](#)

*Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au :  
21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)*

**Nom et Prénom :**

**Fonction :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**E-Mail :**

**Ville :**

**Pays :**

### [Adhésion 2007](#)

Montant (minimum 40 € ou \$) :      ,00 € ou \$      Par chèque      En espèces      Mandat-Lettre