

Le rongement des ongles : facteurs et traitements

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de psychologie
Université de Louvain



Le rongement répétitif d'ongles s'appelle « onychophagie » (du grec *onux*, *onukhos*, ongle, et *phagein*, manger). Il peut s'accompagner du mordillement de la cuticule, la peau qui recouvre la matrice de l'ongle. Il présente des degrés qui vont d'un léger mordillement irrégulier du bout d'un ou de quelques ongles jusqu'à l'« onychotillomanie », le rongement qui fait disparaître les ongles. Certaines personnes prennent conscience de ce qu'elles font lorsqu'elles rongent, mais le rongement est généralement non-conscient, automatique.

Ce comportement a été répertorié en 1980 dans la 3^e édition du *DSM*, le manuel de référence de la psychopathologie. Il y est qualifié d'« *habitude nerveuse* ». Dans l'édition actuelle, la cinquième, il est classé parmi les « *comportements répétitifs centrés sur le corps* ».

Des auteurs classent l'onychophagie parmi les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), ce qui est discutable. Dans les TOC, la personne ressent ou anticipe de l'angoisse. L'action compulsive soulage, elle est « instrumentale ». Dans l'onychophagie, la personne ressent éventuellement une tension avant le déclenchement de l'acte, elle éprouve de la détente ou du plaisir durant le rongement. Le comportement semble effectué pour lui-même.

Un problème gênant pour la recherche empirique est l'absence de critères précis d'évaluation. Il en résulte des différences considérables dans les statistiques.

Une étude américaine datant de 1945 et portant sur une population d'environ 7000 recrues de la marine a abouti à une prévalence de 22% d'onychophagies ¹. À l'université de Virginie occidentale, près de 300 étudiants ont été interrogés sur six catégories d'habitudes problématiques. Le rongement a été cité par 64% des étudiants (soit en deuxième position,

¹ Pennington L.A. (1945) Incidence of nail biting among adults. *American Journal of Psychiatry*, 102: 241-244.

après la manipulation des cheveux ou de la barbe). La moitié de ces étudiants avaient essayé d'arrêter, quasi aucun n'y était parvenu ².

L'onychophagie est signalée chez environ 30% des écoliers. Elle augmente sensiblement à l'adolescence : des auteurs citent des fréquences de 40 à 60% ³. Chez les adultes, les fréquences sont de 20 à 30% ⁴. Des proportions analogues se trouvent dans plusieurs études, notamment la première, celle de David Wechsler (1931) — l'auteur du plus célèbre test d'intelligence — qui mentionnait, qu'à la puberté, 43% des 3000 enfants des écoles publiques de New York se rongeaient les ongles ⁵. Cet auteur ajoutait que la fréquence diminuait ensuite au profit d'autres activités orales alors mieux acceptées socialement : fumer et mâcher du chewing-gum.

Conséquences néfastes

De légers mordillages sont généralement sans grandes conséquences. Les formes importantes d'onychophagie entraînent de sérieux problèmes. Elles fragilisent les ongles et peuvent provoquer des modifications de longueur et d'inclinaison des incisives centrales supérieures. Les micro-blessures sur le contour de l'ongle s'accompagnent d'un risque d'infections. Le contour de l'ongle peut subir une inflammation et devenir douloureux. Du pus peut se former le long de la bordure de l'ongle et parfois en dessous de l'ongle. L'infection peut se propager à la pulpe du doigt. Dans certains cas, on perd l'ongle. Des maladies peuvent se développer à partir des germes ingérés par la bouche. Une inflammation de la gencive (gingivite) peut se produire et être suivie d'une parodontite (déchaussement et perte de dents). Lorsque les ongles rongés sont avalés, des problèmes gastriques peuvent se développer.

Troubles associés

Les chercheurs n'ont pas trouvé des corrélations élevées entre l'onychophagie et d'autres troubles. Une étude rapporte que des étudiants qui se rongent les ongles présentent un niveau de stress plus élevé qu'un groupe témoin ⁶. Une autre signale avoir observé chez des enfants une corrélation, peu élevée, avec le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ⁷. Plusieurs études concluent à l'absence de corrélation significative avec un niveau important d'anxiété ou de troubles obsessionnels-compulsifs ⁸. Par contre, la majorité des chercheurs estiment que l'onychophagie — comme d'autres « comportements répétitifs centrés sur le corps » — est une façon mal adaptée de réguler l'activation émotionnelle ⁹.

² Hansen D. J. *et al.* (1990) Habits with potential as disorders: Prevalence, severity, and other characteristics among college students. *Behavioral Modification*, 14: 66-80.

³ Houghton, D.C., Alexander J.R., Bauer, C. & Woods, D.W. (2018) Body-focused repetitive behavior: More prevalent than once thought? *Psychiatry Research*, 270:389-393.

⁴ Pacan, P. *et al.* (2014) Onychophagia and onychotillomania: prevalence, clinical picture, and comorbidities. *Acta Dermato-Venereologica*, 94: 67-71.

⁵ Wechsler, D. (1931) The incidence and significance of finger nail-biting in children. *Psychoanalytic Review*, 18: 201-209.

⁶ Erdogan, H.K. *et al.* (2021) Prevalence of onychophagia and its relation to stress and quality of life. *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica*, 30: 15-19.

⁷ Atmetlla G. *et al.* (2006) Behaviour and orofacial characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder during a dental visit. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 30:183-190.

⁸ Deardoff, P. *et al.* (1974) Manifest anxiety and nail-biting. *Journal of Clinical Psychology*, 30 : 378.

⁹ Roberts, S. *et al.* (2013) Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors, *Clinical Psychology Review*, 33: 745-762.

L'interprétation psychanalytique

Freud a décrit un « stade oral » caractérisé par le plaisir de la succion. Il y voit une première manifestation de la « pulsion sexuelle ». Les premières publications freudiennes sur l'onychophagie s'inscrivent dans cette perspective. Dans son article sur l'onychophagie, Wechsler estime qu'il s'agit d'auto-érotisme, plus précisément d'un « équivalent onanistique inconscient » (*unconscious onanistic equivalent*)¹⁰.

Marie Bonaparte, la première représentante de Freud en France (on l'avait surnommée « Freud m'a dit »), a consacré un petit livre à l'onychophagie. Selon elle le rongement comporte une intrication de trois éléments : *l'auto-érotisme* — « le fait de jouer avec une partie de son corps » —, *le masochisme érogène* — « le plaisir, à dose certes homéopathique, de l'autodestruction » —, — *le masochisme moral* — « le retournement, contre le sujet lui-même, d'une agression dirigée d'abord contre le monde extérieur ». Elle conclut qu'il s'agit d'une « solution sociale » à l'inhibition, inhérente à notre civilisation, de la pulsion sexuelle et du désir d'agresser, et elle estime qu'« il faut donner presque raison à nos patients quand ils s'obstinent à garder en dernière analyse leurs petits érotismes agressifs »¹¹. Ces explications n'ont guère été confirmées.

Analyse comportementale

Le comportement, aussi automatisé soit-il, se produit toujours dans un contexte où agissent des facteurs externes et/ou internes.

Comme facteurs externes fréquents, les chercheurs signalent : la tentative de résoudre un problème difficile (notamment de mathématiques), des activités monotones, regarder la télévision, lire un livre, devoir attendre, la solitude. Les facteurs internes sont principalement le stress, la frustration, l'impatience, l'anxiété, les problèmes affectifs, l'ennui, la tristesse¹².

Le comportement dépend également d'effets appétitifs : plaisir et/ou réduction de sensations désagréables. Ces effets ne sont pas nécessairement conscients ou éprouvés au moment du comportement. Ils peuvent avoir été opérants par le passé pour modeler le comportement. Il importe de noter que plus un comportement est répété et suivi d'effets appétitifs, plus il a tendance à se renforcer.

Des chercheurs ont noté depuis longtemps que les situations stressantes provoquent une augmentation des mouvements d'autocontact : réarranger la coiffure, se toucher le nez, etc.¹³ Ils s'accordent à penser que ces comportements ont pour fonction de réguler l'activation émotionnelle. Une expérience menée en 1996 a démontré cette intensification d'« habitudes nerveuses » (manipulation de cheveux, grattage, onychophagie, etc.) chez des étudiants soumis à des tâches stressantes, comme lire un article et préparer rapidement un exposé de dix minutes sur cette lecture¹⁴.

Cette explication fonctionnelle concorde avec des observations sur des animaux. Niko Tinbergen — Prix Nobel de médecine et physiologie — a décrit des « activités de déplacement » chez des animaux dont la motivation (impulsion sexuelle, impulsion à combattre) ne peut se réaliser

¹⁰ Wechsler, D. (1931) *Op. cit.*

¹¹ Bonaparte, M. (1933) *Des autoérotismes agressifs par la griffe et par la dent*. Paris : Denoël, Bibliothèque psychanalytique, 27 p.

¹² Tanaka, O. M. *et al.* (2028) Nail Biting, or onychophagia: A special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134: 305-308.

¹³ Feyereisen, P. & de Lannoy, J.-D. (1985) *Psychologie du geste*. Mardaga, 364 p.

¹⁴ Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (1996) Are persons with nervous habits nervous? A pre-liminary examination of habit function in a nonreferred population. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29: 259-261.

normalement. Par exemple des coqs se mettent à becqueter le sol comme pour se nourrir ¹⁵. Chez des rats de laboratoire, le pincement douloureux de la queue provoque les activités non fonctionnelles : lécher, ronger ou manger alors que l'animal n'a plus faim ¹⁶. Des auteurs parlent de « débordement neurologique ».

On peut rapprocher ces explications de l'étude de caractéristiques de personnes atteintes de tics. Celles-ci ont souvent des objectifs de performance irréalistes, elles entreprennent trop de choses à la fois, elles planifient de façon excessive et inadéquate, ce qui aboutit à des frustrations et des tensions. L'équipe de chercheurs canadiens qui a réalisé cette étude recommande de réduire le perfectionnisme, d'apprendre à formuler des objectifs réalistes et à planifier de façon plus adéquate ¹⁷.

Le début du traitement : accroître la prise de conscience

La première étape est la prise de conscience accrue du comportement et des contextes d'apparition. Il faut souligner ici que les comportements automatisés se déclenchent par des stimuli déterminés en l'absence d'attention.

De nombreuses études de thérapies comportementales ont montré l'importance de la formation à la prise de conscience (« *awareness training* ») pour traiter des comportements problématiques, notamment l'onycophagie ¹⁸. On parle d'« automonitoring » lorsque les observations sont mises par écrit. Les notations se font le plus rapidement possible après le comportement ou, mieux, tout juste avant de l'accomplir. Il est souhaitable d'avoir sur soi un bloc-notes et de reporter ensuite les observations sur des feuilles plus grandes pour faciliter la découverte de relations entre le comportement et ses contextes.

Des pratiques traditionnelles consistent à enduire l'ongle de vernis ou d'une substance au goût amer. Des psychologues ont proposé de porter aux poignets un bracelet en vinyle comme en portent des participants à un festival pour preuve de paiement. Ils ont présenté ce bracelet comme un rappel permanent de l'engagement à cesser le rongement (*nonremovable reminder*). Au bout de six semaines, le taux de rongement a très sensiblement diminué, davantage qu'avec un vernis au goût amer sur chaque ongle ¹⁹.

Les auto-observations méthodiques sont un moyen de faire un bilan de la situation au départ du traitement et d'objectiver les progrès. Elles permettent des analyses éclairantes des situations inductrices du rongement. Et peut-être plus important : elles produisent souvent une diminution de la fréquence du comportement. Ce dernier point, appelé la « réactivité de l'automonitoring », s'explique par la désautomatisation de la conduite ²⁰. Toutefois, une meilleure prise de conscience ne suffit pas à réduire efficacement un comportement solidement ancré. Il faut compléter par d'autres stratégies. Il est utile de continuer longtemps les notations, si possible jusqu'à la disparition du problème.

¹⁵ Tinbergen, N. (1951) *The Study of Instinct*. Clarendon Press. Trad., *L'Etude de l'instinct*. Payot, 1980, 312 p.

¹⁶ Antelman, S. *et al.* (1975) Tail pinch-induced eating, gnawing and licking behavior in rats, *Brain Research*, 99: 319-337.

¹⁷ O'Connor KP (2001) Evaluation of a cognitive-behavioral program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 667-81.

¹⁸ Adesso, V. *et al.* (1979) The role of awareness in reducing nail-biting behavior. *Behavior Therapy*, 10: 148-154.

¹⁹ Koritzky, G. & Yechiam, E. (2011) On the value of nonremovable reminders for behavior modification: An Application to nail-biting. *Behavior Modification*, 35: 511-530.

²⁰ Goldfried, M. & Merbaum, M. (1973) Eds, *Behavior change through self-control*. Holt, 438 p.

Avec les enfants, on peut proposer qu'ils s'observent devant un miroir quelques minutes, durant quelques jours d'affilée. L'enfant se ronge un ongle ou fait mine de ronger. Il décrit à haute voix ses mouvements.

Méthode de traitement par la tolérance à l'inconfort

Une première stratégie s'inspire du traitement de compulsions mis au point par Victor Meyer en 1966 à l'université de Londres : l'« exposition avec prévention de la réponse »²¹. Le principe de base est que l'accomplissement d'une compulsion — par exemple vérifier quelque chose ou se laver plusieurs fois d'affilée — permet de réduire immédiatement un affect pénible (peur, angoisse, culpabilité), mais renforce de plus en plus, à terme, ce type d'échappement (on parle d'« évitement » si l'affect est anticipé sans être déjà ressenti). Pour se libérer de ce mécanisme, il faut s'exercer à supporter l'affect pénible pendant un temps défini (de quelques minutes à une heure ou plus). Dans beaucoup de cas, l'affect a tendance à décroître au bout d'un certain temps (de quelques minutes à plus d'une heure, selon la gravité du trouble). Évidemment, l'affect réapparaît par la suite, mais les répétitions de la procédure finissent par réduire fortement la compulsion, surtout si la procédure se combine avec la relaxation.

Il est recommandé d'apprendre méthodiquement à se relaxer, de façon à pouvoir, par étapes, arriver à diminuer sur le champ le tonus musculaire et donc l'activation physiologique. La pacification de la respiration donne un résultat comparable à la relaxation et peut avantageusement se combiner avec elle²².

Concrètement, quand survient l'impulsion à ronger, on se dit « stop ! », on prend une bonne inspiration, on expire lentement, on se décontracte, on supporte calmement la tension résiduelle et on visualise mentalement la libération de la compulsion²³.

Méthode de traitement par réponses concurrentes

Cette méthode, de loin la plus testée et la plus efficace, est la référence en la matière²⁴. Elle fonctionne en autothérapie²⁵. Elle a été inaugurée en 1973 par deux comportementalistes, Nathan Azrin et Gregg Nunn, à l'université du sud de l'Illinois²⁶.

Le traitement comporte trois éléments. Le premier est une meilleure prise de conscience. Le deuxième est la pratique d'une réponse compétitive (« *competing response practice* ») en remplacement du rongement. Cette réponse accroît la prise de conscience, elle doit pouvoir être maintenue de une à trois minutes, être compatible avec les activités du moment et être socialement acceptable. Les auteurs donnent comme exemples : la prise en main ou le serrement d'un objet, le placement des mains le long du corps. D'autres réponses antagonistes peuvent s'utiliser : croiser les bras, serrer le poing, placer l'index et le majeur sur la partie intérieure du pouce, placer la main sur le genou, serrer légèrement une cuisse, mettre les mains sous les cuisses, jouer avec un crayon ou une balle en mousse.

²¹ Meyer, V. (1966) Modifications of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4: 273-280.

²² Barrios, B. A. (1977) Cue-controlled relaxation in reduction of chronic nervous habits. *Psychological Reports*, 41: 703-706.

²³ Van Rillaer, J. (2016) Pourquoi il faut parfois tolérer des émotions pénibles. *SPS*, 317: 72-77. En ligne.

²⁴ Verdellen, C. & van de Griendt, J. (2016) Traiter les Tics et le syndrome Gilles de la Tourette chez l'enfant. Dunod, 176 p.

²⁵ Moritz *et al.* (2023) Self-help habit replacement in individuals with body-focused repetitive behaviors, *JAMA Dermatology*, 159: 992-995.

²⁶ Azrin, N.H., Nunn, R.G. (1973) Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11: 619-628.

Le troisième élément est le « support social », très important pour les enfants. Des proches rappellent l'importance de la pratique, ils l'encouragent, ils font des commentaires pour les efforts et les progrès. Ils octroient des récompenses matérielles et sociales (manifestations de satisfaction, sourires, félicitations), en espérant induire l'« auto-renforcement » (la satisfaction d'éprouver un sentiment d'auto-efficacité et de pouvoir relever un défi). Les ongles sont coupés et limés une fois par semaine. L'enfant est alors invité à montrer que ses ongles deviennent beaux. On peut prendre régulièrement des photos pour constater les progrès.

Des auteurs qui utilisent cette méthode adjoignent la procédure de la relaxation présentée plus haut. Certains préconisent de s'entraîner « à froid » ou en imagination : on porte l'ongle à la bouche et on effectue immédiatement une réponse antagoniste.

La place des médicaments

L'usage de médicaments doit être pris en considération en cas d'onychotillomanie, une dépression majeure et de fortes obsessions. Deux types d'antidépresseurs ont donné des résultats : l'Anafranil ²⁷ et le Prozac ²⁸.

Conduite en cas de rechutes

Des dérapages font partie du « déconditionnement » d'une habitude solidement ancrée. Dans ces cas, on tente de mieux identifier les situations à haut risque et les signes annonciateurs de l'impulsion. On peut se préparer mentalement à la façon de réagir : on imagine porter la main vers la bouche ; au moment de mordre, on réoriente la main vers une autre partie du corps et on la repose rapidement, calmement, en se relaxant.

Il faut éviter de considérer des « faux-pas » comme l'échec du traitement. Mieux vaut prendre en compte la diminution de la fréquence du comportement-problème et se ressaisir. On peut se dire qu'une glissade n'est pas une catastrophe ; c'est parfois un accident difficilement évitable au vu des circonstances ; c'est souvent comparable à un lapsus par distraction. La vraie erreur c'est arrêter d'essayer et d'apprendre.

²⁷ Leonard HL *et al.* (1991) A Double-blind Comparison of Clomipramine and Desipramine Treatment of Severe Onychophagia. *Archives of General Psychiatry*, 48:821-827.

²⁸ Bose A *et al.* (2024) Habit nail tic disorder: onychotillomania involving thumbs and toes responding to fluoxetine. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 12: 1735-1737.