

Université ABDERRAHMANE MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des sciences sociales
Option psychologie clinique
Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de
Master en psychologie clinique

Thème

L'impact des échanges affectifs familiaux sur les enfants énurétiques

Étude de 8 cas Âgé de 6 à 9 ans

Unité de dépistage et de suivi (UDS IBN SINA)

Réalisé par :

-M^{elle} : HIMI Hakima

-M^{elle} : MAGRI Katia

Encadré par :

-M^r : BELBESSAI Rachid

Année universitaire : 2016/2017

Remerciements

L'accomplissement de ce mémoire a été réalisé grâce au soutien et à l'aide de nombreuses personnes.

mais je tiens à remercier tout d'abord, Dieu le tout puissant qui nous a donné la volonté et le courage d'atteindre et de réaliser ce travail aussi c'est avec profonds remerciements que je m'adresse à ma promotrice

Mme . DJAFRI HAFIDA pour son soutien et conseil

et à tous les membres du jury qui nous consacré leur temps , et de nous avoir honorée par leur présence et d'examiner notre travail également à tous les travailleurs de notre département et toute la promotion psychologie clinique

Enfinement, la réalisation de ce projet n'aura pas être possible sans l'aide et le soutien de nous proche, nous famille nous parent , nous frères et sœurs .par leurs patiences, soutiens, écoute

Et leurs amours.

2016/2017

Dédicaces

On dédié ce modeste travail :

À nous cher parent

À nous chères sœurs et frères

À tout nous amies

À nous enseignants

*Et à tous ceux qui ont contribuera la réalisation de ce
travail*

Katia et Hakima

Sommaire

Introduction générale

Partie théorique

Chapitre I : L'énurésie chez l'enfant

Préambule

1-définition de l'énurésie.....	05
2-Aperçu historique.....	06
3- Épidémiologie.....	07
4-la sémiologie de l'énurésie	07
5-les types de l'énurésie.....	09
6-les principaux facteurs d'énurésie.....	10
7- la prise en charge.....	14
8- l'attitude des parents vis à vis l'enfant énurétique.....	18
9- répercussion sociale et scolaire de l'enfant.....	19

Synthèse

Chapitre II : le développement psychoaffectif et cognitif

préambule

1-définition de développement.....	22
2-le développement psychoaffectif et cognitif.....	22
2-1-selon Freud.....	23
2-2- selon Erikson.....	27
2-3-selon Wellon.....	28
2-4-selon Piaget.....	30
3- Inné et acquis.....	31
4- les imitations simultanées.....	32
5- la formation de sur moi.....	32
6-l'estime de soi.....	33

Synthèse

Chapitre III : Les échanges affectifs familiaux :

Préambule	
1-L' affectivité.....	37
2-la famille.....	38
3-la parentification	40
4- la filiation.....	42
5- les interactions parents / enfants.....	45
6- la fonction parentale.....	48
7- la fratrie.....	50
8- la jalousie des enfants.....	53
Synthèse	

Partie méthodologique

Problématique et hypothèses.....	56
----------------------------------	----

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule	
1-définition des concepts clé.....	60
2-l' opérationnalisation des concepts.....	61
3-la démarche de la recherche et ses objectifs... ..	61
4-la méthode de la recherche adoptée.....	62
5-le lieux de recherche.....	62
6-présentation de la population d'étude.....	62
7- les techniques de recherche utilisées.....	63
8-déroulement de la pratique.....	66
8-1-la pré-enquête.....	66
8-2-déroulement de l'enquête.....	67
Synthèse	

Partie pratique

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

- Préambule

1-présentation et analyse des résultats.....	70
1-1-cas de Rachid.....	70
1-2-cas de Widad.....	74
1-3-cas de Nassim.....	78
1-4- cas de Farid.....	83
1-5- cas de Hamza.....	87
1-6-cas de Siham.....	91
1-7-cas de Samira.....	95
1-8- cas de Madjid.....	99
2-discussion des hypothèses.....	103

- synthèse

- Conclusion générale

-Bibliographie

-annexes

Introduction

La plupart des parents sont caractérisés par la précipitation, l'alacrité et la curiosité de l'avenir sur tout ce qui concerne leurs enfants, là où la surveillance au regard de tout simple changement de ses étapes de développement, et de tous symptômes et signes qui peuvent être considérés comme des pathologies ou normaux à savoir le temps et le déroulement.

Parmi les faces qui suivent cette dernière on a l'acquisition de la propreté alors que la propreté dépend de la capacité de l'enfant à contrôler sa vessie et ses intestins, ce n'est que vers l'âge de 2 ans environ qu'il peut reconnaître la sensation que ces organes sont « pleins » ensuite, il apprend à détecter le moment où il est sur le point d'uriner ou d'aller à la selle, enfin il se dirige vers son petit pot avant qu'il soit trop tard.

L'apprentissage de la propreté est une étape de développement aussi importante. Tant sur le plan physiologique et sur le plan psychologique. Des nerfs moteurs et sensitifs. Lorsque la pression intra vésicale dépasse un certain seuil elle déclenche la stimulation du centre médullaire qui provoque la contraction du détresseur et le relâchement du sphincter lisse. Notons qu'il existe en outre, des centres mictionnels dans la région hypothalamique. Rhinencéphalique, corticale et du lobule para central, où la miction volontaire dépend de la maturation du système nerveux en général on ne peut la considérer uniquement d'un point de vue moteur et sensitif, mais sous la forme d'un arcsensitivo-moteur avec des mécanismes de contrôle.

Parmi ses aspects pathologiques, on a le trouble de l'énurésie qui est définie par le manque de contrôle de l'émission d'urine, d'urne ou nocturne, apparemment involontaire, persistant ou apparaissant passé l'âge où la maturité physiologique est acquise (classiquement l'âge de 3 ans) (Ajuriaguerra .j, 1970, p 304).

Le facteur psychoaffectif est le plus décisif dans les progrès, mais aussi dans les retours en arrière. Ces retours en arrière peuvent être momentanés, signe d'une ambivalence normale entre rester petit et devenir grand ou pour contrarier maman après une frustration, mais parfois ils sont le signe d'une souffrance, d'un conflit intérieur plus fort et la régression de la propreté est la comme un appel à l'adulte. (Lacombe. J, 2008, p171).

L'immaturation affective avec ses multiples manifestations infantiles (énurésie, encoprésie, parler bébé, suçage prolongé de pouce, caprices alimentaires, turbulence en

présence de la mère) a souvent pour cause principale un amour maternel abusif. L'avenir de ces enfants victimes d'une mère abusive dépend de leur personnalité propre.

Par l'intermédiaire des signaux dans le cadre de « climat affectif » entre les deux que Spitz appelle « la totalité des forces influençant le développement de l'enfant » c'est la répétition de la satisfaction et de la frustration dans des situations intérieures identiques, quotidiennes qui feront naître les premiers affects.

Puisque l'homme tout au long de sa vie est confronté à des groupes (familiaux, scolaires, professionnels ...) dès son arrivée au monde une lente socialisation a lieu à la fois par l'individualisation du groupe primaire et l'intériorisation des normes et des valeurs du groupe auquel il appartient. Durant ce parcours l'enfant peut être confronté à des blessures ou à des traumatismes qui touchent son développement et son acquisition. À cette passade on a proposé de mettre les échanges affectifs familiaux à l'interface, pour étudier et régler la source de ce trouble, car la famille est un lien privilégié pour l'exploration de soi et l'apprentissage de comportement nouveau, il y a joué et s'y rejoue les identifications, les transferts et contre-transfert, les désirs, les pulsions, les liens relationnels, les comportements inconscients, la démentions du surmoi l'affectivité torrentielle et abondante...

Dans notre étude portée sur le thème « l'impact des échanges affectifs familiaux sur les enfants énurétiques » nous avons choisi comme terrain l'UDS IBN SINA Bejaia .qui répond aux objectifs de notre recherche et avec service de cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur 08 Cas.

Pour atteindre notre objectif nous avons adapté un plan de travail qui comporte les éléments suivants : Partie « Théorique » composée de trois chapitres, le premier intitulé l'énurésie chez l'enfant , le deuxième intitulé le développement psycho affectif et cognitif, le troisième intitulé les échanges affectifs familiaux, et une partie « Méthodologique » qui présente la problématique et les hypothèses puis, la méthodologie de recherche et enfin, la partie « pratique » qui est consacrée à la présentation ,analyse et la discussion des résultats.

Partie théorique

Chapitre I :
L'énurésie chez l'enfant

I- L'énurésie chez l'enfant

Préambule

L'énurésie est un symptôme et non une maladie. Si l'on veut donner un sens au symptôme, il est indispensable de tenir compte de l'évaluation libidinale et relationnelle. Les causes fréquentes de consultation chez le psychologue ou le pédiatre et considérées comme un domaine de recherche et d'application en psychopathologie.

1- La définition de l'énurésie :

A-D'après la théorie psychanalytique Freudienne : l'énurésie infantile est équivalente à une satisfaction masturbatoire et l'érotisme qui en découle, se situe plutôt pendant la phase phallique. L'érotisme urétral, ou urinaire, est un plaisir sexuel lié à la miction et se développe au cours du stade urétral combiné avec le stade phallique. Pour Freud l'appareil sexuel de l'enfant est encore mal développé et c'est le plus souvent l'appareil urinaire qui parle en son nom et c'est pour cela que l'enfant urine la nuit.

B- Dans le dictionnaire de psychologie : l'énurésie est définie comme une émission involontaire et inconsciente d'urine. En règle générale, on parle d'énurésie quand l'émission involontaire et répétée des urines est le fait d'un sujet âgé de plus de quatre ans et qu'elle ne peut être attribuée à aucune lésion organique.

C- Dans le dictionnaire médical à l'usage des IDE, l'énurésie est définie comme : « émission inconsciente d'urine survenant la nuit chez l'enfant en dehors de tout dysfonctionnement de l'appareil sphinctérien. L'enfant est propre le jour ; l'énurésie est dite primaire si l'enfant n'a jamais été propre la nuit ou secondaire si elle survient après une période de propreté. Elle est deux fois plus fréquente chez le garçon que chez la fille. (J . Parabel ., 2009, p192).

D- Selon le DSM IV, énurésie consiste en des mictions répétées de jour comme de nuit au lit ou dans les vêtements le plus souvent celles-ci sont involontaires, mais elles peuvent parfois être délibérées.

Critère diagnostique de l'énurésie du DSM IV –TR c'est :

- miction répétée au lit ou dans les vêtements quelles soient involontaires ou délibérées.

- le comportement est cliniquement significatif comme en témoigne une fréquence de deux fois par semaine, pendant au moins 3 mois consécutifs soit la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social scolaire ou d'autres domaines importants.
- l'enfant a un âge chronologique de moins 5 ans ou un niveau de développement équivalent.
- le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance.

E- Selon le CIM-10 le trouble est dénommé l'énurésie non organique et les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM10 établissent un seuil de fréquence différent au moins deux fois par mois chez les enfants de moins de 7 ans et au moins une fois par mois chez l'enfant de 7 ans et au-delà. De plus la CIM-10 comprend un critère d'exclusion très stricte qui élimine le diagnostic d'énurésie si tout autre trouble mental est présent.

2-Aperçu historique :

L'énurésie a, au cours des siècles, existé les imaginations et abouti à des propositions thérapeutiques parfois sa prenante. Dans L'Égypte antique. On traitait l'énurésie en administrant à l'enfant et à sa nourrice une potion à base de roseau (Papyrus d'Égine 3500 AV .J C).

Paul d'Égine (620,680 apr. J.-C.) grand chirurgien byzantin écrivit au sujet des énurétiques : « la relation des muscles du col de la vessie provoque cette affection et touche plus fréquemment les enfants. Notre traitement consiste plus spécialement en l'administration de toniques tels que vin chaud et huile et en l'abstention de boissons réfrigérantes ».

Dès le XVe siècle, de nombreux traités sur l'énurésie furent écrits : le premier fut rédigé par Paulus BAGELLARDUS. Il voyait tout le problème à la lumière de la doctrine galénique des humeurs. Son hypothèse étiologique était une faiblesse de col de la vessie. Ce concept survivra jusqu'au XIXe siècle même jusqu'à nos jours.

Des enfants qui ont des difficultés aux contrôles sphinctériens ont été traités par des multiples interventions tisanes, potions et remède de tout genre, bandage du pénis pour empêcher la miction, on oblige l'enfant de dormir sur matelas dur, le sol, de rester dans ces vêtements souillés. Dans d'autres cas sont mal traités. (Dumas. J.E, 2002, p 423) .

3-Épidémiologie :

L'acquisition de la propreté diurne se fait avant l'acquisition de la propreté nocturne, cette acquisition de la propreté s'effectue habituellement à partir de 18 mois pour la propreté diurne et entre 3 et 5 ans pour la propreté nocturne.

15 à 20% des enfants ont acquis la propreté nocturne à trois ans, 70 à 80% à quatre ans, 80 à 90% cinq ans 98 à 99% à l'adolescence. Pour la propreté diurne, ce chiffre est de 25% à deux ans, 85% à deux ans et demi et 98% à trois ans. (Girardin .E, 2002, p631).

La prévalence de l'énurésie est difficile à estimer. Elle est fréquente en France, ou moins 400000 enfants de cinq à dix ans seraient concernés : 15 à 20% des enfants de cinq ans, 8% à l'âge de sept ans, 5% à dix ans et 3% entre douze et quinze ans.

Selon certaines auteures, 10 à 15% des enfants de six ans à sept ans sont énurétiques, avec une nette prédominance masculine (sex-ratio=3/1) trois garçons pour une fille en moyenne, et autant d'enfants du même âge ont des fuites urinaires diurnes ou des impériosités mictionnelles. (Averous .M, 1992, p2)

Ces chiffres témoignent de l'intérêt que chaque professionnel de l'enfance doit porter à l'énurésie, dont le pronostic repose essentiellement sur la vie familiale, sociale et scolaire de l'enfant.

Ce caractère bénin et parfois honteux fait que l'énurésie est souvent négligée par les médecins ou cachée par les parents.

4-Sémiologie de l'énurésie :

On ne devrait pas dire qu'un enfant est énurétique à moins qu'il se mouille régulièrement (plus de deux fois par semaine) après l'âge de cinq ans.

4-1- Énurésie primaire :

L'énurésie nocturne primaire désigne des mictions involontaires pendant la nuit, à un âge où la propreté est généralement acquise. L'énurésie est dite primaire lorsque l'enfant n'a jamais réussi à contrôler sa vessie. Elle est la plus fréquente (80%). (Prouff. J, et col, 1995, p264)

Dans l'énurésie primaire, le défaut d'apprentissage peut être en rapport avec un laisser-aller ou une passivité de l'enfant, une réaction de l'enfant contre des attitudes coercitives, un manque général d'organisation lié au désarroi de l'enfant dans un milieu conflictuel. Le symptôme est utilisé soit sur le plan de l'expression. Il est évident que le système mictionnel, n'ayant pas été utilisé dans le sens du contrôle, n'acquiert ni son potentiel capacitaire ni ses possibilités de freinage de la pression liquidienne. (Ajuriagurra . j , 1980, p 315).

On distingue l'énurésie primaire, lorsque le contrôle sphinctérien n'a jamais été acquis, la plus fréquente, de l'énurésie secondaire qui survient après un intervalle plus ou moins long de propreté complète. C'est entre 18 et 24 mois que l'éducation du contrôle sphinctérien est possible. Les causes de l'énurésie doivent être analysées avec l'aide de la famille. (Bloche .H, et Larousse.al, 2002, p.443).

4-2- Énurésie secondaire :

Secondaire lorsque l'incontinence se déclare de nouveau au moins six mois de continence.

L'énurésie secondaire impose, dans un premier temps, d'éliminer une cause organique : infection urinaire, diabète, constipation, néphropathie débutante et diabète insipide central révélés par une polyurie et une énurésie. La survenue d'un événement traumatique est souvent au premier plan. (Prouff. J, et col, 1995, p264).

L'énurésie est dite secondaire quand l'enfant a eu une période sèche pendant plus de trois mois de suite. Ces épisodes sont plus facilement reliés à une pathologie organique telle qu'une infection urinaire, un diabète ou une relation psychologique (Alain. B, 2009, 214).

5- Les types de l'énurésie :

5-1- L'énurésie diurne :

L'énurésie diurne est définie comme une fuite d'urine incontrôlée pendant la journée chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Duche et Lacassie contestent son existence et pensent qu'il s'agit simplement d'enfant réalisant trop tard leur besoin d'uriner : cas d'enfants n'osant pas demander à sortir de la classe, trop absorbés par leur jeu ou encore lors d'un éclat de rire ou d'une grande per. Quand à ceux qui soutiennent son existence (Soul, Bakwin, Lauret et Hallgren) ils la décrivent comme une miction involontaire, inconsciente et incomplète, car souvent interrompue par l'enfant. (Menai-Abid .A, 2009, p52).

Selon Michel Rendu, les enfants qui présentent une énurésie diurne sont des enfants actifs qui ne pensent qu'à s'amuser. Ils vont aux toilettes à la dernière minute quand c'est déjà trop tard, ils sont habitués à être en rétention au point d'être toujours en tension et même parfois ils se dandinent. (Rendu .M , 2004, p240).

5-2- L'énurésie nocturne :

L'énurésie nocturne est caractérisée par la survenue pendant le sommeil de mictions involontaires et inconscientes chez l'enfant de plus de 5ans.

On distingue deux sortes d'énurésie :

L'énurésie nocturne primaire : si l'enfant n'a jamais présenté de période de propreté durant le sommeil. C'est la forme la plus fréquente (75 à 80%).

L'énurésie nocturne secondaire : si elle apparut après une période de propreté d'au moins six mois. On parle d'énurésie nocturne isolée ou mono symptomatique si elle n'associe à aucun autre symptôme urinaire notamment diurne. C'est la forme la plus fréquente représentant 58 à 85% des énurésies nocturnes. (Tricaud, 2013).

5-3- L'énurésie nocturne et diurne : définie comme une combinaison des deux précédents.

Donc le terme d'énurésie diurne et énurésie nocturne correspondent aux problèmes communément connus sous le nom de pipi au lit, dont l'un se passe la journée à la sieste et le second correspond au sommeil de la nuit. Cette situation où l'enfant fait pipi au lit s'avère être normale jusqu'à une certaine limite. En effet, à un certain âge le milieu médical commencera à prendre en charge ce problème d'énurésie diurne et nocturne pour que l'enfant apprenne à devenir propre et voir s'il n'y aurait pas un problème nécessitant une intervention médicale pour cela. (Guelfi. J .D et al 2003).

6- Les principaux facteurs d'énurésie.

Tous les auteurs s'accordent sur le fait qu'aucune cause, à elle seule, ne peut expliquer l'énurésie. Plusieurs hypothèses étiopathogéniques sont proposées pour tenter de l'expliquer. Il semblerait que l'énurésie témoigne d'une immaturité de certaines fonctions touchant la physiologie urinaire et mictionnelle, le sommeil et le développement affectif de l'enfant.

Il faut les envisager en fonction des divers axes qui concourent à l'acquisition de la propreté : Axe des interrelations familiales, Axe de développement psychoaffectif de l'enfant comme tous les symptômes qui concernent le corps chez l'enfant, on note une interaction étroite entre ces différents axes : les vicissitudes de l'un se trouveront estompées ou renforcées selon le déroulement des autres axes. Ainsi, un retard de maturation physiologique peut-il servir de point d'ancrage à un conflit affectif de type rétention/expulsion dont le développement trouve son origine soit dans l'intensité de la vie pulsionnelle de l'enfant, soit dans le surinvestissement familial des fonctions excrémentielles. À partir de là, privilégier un facteur étiologique par rapport à un autre dépend souvent de la position théorique des auteurs, nous exposerons ici les différents facteurs les plus retenus. (Daniel .M , 2012, p178).

Ces différents facteurs mis en cause sont souvent intriqués, même s'il est possible d'en individualiser un prédominant chez un enfant donné. C'est en ce sens que l'énurésie doit retrouver sa valeur de « symptôme » et « elle est plus un état transitoire qu'une maladie fixée » (Fischbach . M, 1997, p94).

6-1- Facteur familial et génétique :

Un facteur héréditaire trouve son explication dans la relative fréquence d'énurésie familiale, sans qu'une transmission génétique précise ait été également mise en évidence.

Signalons que l'énurésie a peut-être considéré dans une perspective éthologique comme la résurgence pathologique d'un comportement inné normalement réprimé ; la levée de cette répression présenterait, dans cette perspective, une analogie avec le marquage du territoire chez l'animal ;

La prédisposition familiale de l'énurésie est incontestable ; certaines statistiques font ressortir que l'enfant a sept fois plus de risques d'être énurétique si son père l'était dans l'enfance et cinq fois plus si sa mère souffrait d'énurésie. Des gènes ont pu être incriminés dans certaines formes familiales, dont le gène entre 1 sur le bras long du chromosome 13. (Lottmannh.2002, p5-6).

6-2- Facteurs physiologiques :

Le facteur vésical : l'énurésie nocturne apparaît comme un retard dans la maturation des voies nerveuses contrôlant la production d'urine et de la fonction nocturne de la vessie. En effet, une polyurie nocturne (ou hyper diurèse nocturne) résultant d'un défaut de sécrétion nocturne d'hormone ADH (hormone antidiurétique) est retrouvée chez 2/3 des enfants énurétiques. Aussi différentes études ont montré que la capacité vésicale nocturne des enfants énurétiques était plus faible que ceux d'enfants « sains » et qu'une hyperactivité vésicale (ou impériosités) survenait dans les deux premiers tiers de la nuit, au cours du sommeil profond, ce qui explique que l'enfant ne se réveille pas. Toutefois, il faudra toujours éliminer un trouble organique tel que : Malformation de l'appareil urinaire d'origine génétique. Infection urinaire, Diabète et Constipation ou encoprésie (Prouff et col, 1995, p265).

6-3- Facteurs du sommeil :

Le sommeil de l'énurétique a été l'objet des études les plus récentes. D'une part, l'enfant énurétique fait souvent des rêves « mouillés » : jeux dans ou avec l'eau, inondation, ou simplement rêve de miction.

Au niveau de qualité du sommeil, sa profondeur a parfois été incriminée, mais les enregistrements polygraphiques systématiques du sommeil n'ont montré aucune différence significative par rapport aux enfants non énurétiques. En ce qui concerne les diverses phases du sommeil, sauf dans les énurésies primaires. En ce qui concerne les diverses phases du

sommeil, l'énurésie peut survenir dans n'importe quelle phase si l'on rapporte la fréquence à la durée de sommeil de chaque stade. (Mikkelsen, 2001).

Dans le temps, la miction soit unique, soit répétée (une à deux fois), survient à une heure et demie après l'endormissement. (Daniel .M , 2012, p 179).

La profondeur du sommeil est souvent évoquée par les parents : « Docteur, il dort si profondément que je n'arrive pas à le réveiller ». Cette hypothèse est rarement contestée par les médecins, bien que l'organisation du sommeil soit normale chez l'enfant énurétique. L'énurésie peut survenir à tous les stades du sommeil, même si elle est plus fréquente en début de nuit et au cours de sommeil lent.

En fait, le sommeil n'est pas plus profond chez l'enfant énurétique que chez l'enfant popre la nuit, mais son seuil d'éveil est plus élevé. Il est clairement démontré que la réaction d'éveil induite par la réplétion vésicale est perturbée. L'enfant popre la nuit poursuit son réveil quand sa vessie est pleine alors que traces EEG ou polygraphique nocturnes. (Averous . M., Billiard. M.et Guiterj , Gras-setd ,1991,P284).

60% des parents relatent une difficulté à réveiller l'enfant. Le sommeil chez l'énurétique même s'il est jugé « profond » n'est pas différent de celui de l'enfant normal, qualitativement et quantitativement, et l'accident peut survenir à n'importe quel stade. Ce qui caractérise l'enfant énurétique est l'existence d'un seuil d'éveil élevé. Il semblerait que les enfants qui font des cauchemars et des terreurs nocturnes ont aussi plus de risques de souffrir d'énurésie. (Lucie .T, 2013, p14).

6-4- Facteurs psychologiques

L'analyse de la dynamique familiale est fondamentale pour comprendre l'enjeu créé par ce trouble entre l'enfant et les parents et pour cerner la personnalité de l'enfant et le sentiment de culpabilité qui s'installe ou non. L'aide et la motivation de l'enfant sont nécessaires pour aboutir à un résultat.

Il faut rechercher les facteurs déclenchant potentiels (dans la famille, à l'école dans l'entourage social, une naissance d'un petit frère ou sœur) avec ce facteur qui évoque une régression réactionnelle. (Alain .B, 2009, p215).

L'origine de l'énurésie est souvent d'ordre psychologique. Par exemple, une éducation trop rigide, un événement marquant comme l'arrivée d'une petite ou d'un frère-naissance d'un puiné-, séparation familiale, affection somatique, début de scolarité ou mis en internant...etc. peut être à l'origine de l'énurésie chez l'enfant.

L'énurésie entraîne une souffrance de l'enfant, mais lui procure également une satisfaction libidinale directe ou indirecte, variable selon le cas.

- **Enfant opposant/ agressif :**

L'énurésie prend ici la signification d'une manifestation d'opposition. L'enfant tente d'utiliser son symptôme comme un moyen de pression ou de rétorsion en face des exigences parentales concernant l'éducation sphinctérienne.

- **Enfant inhibé / agressif :**

Il s'agit d'un contexte très voisin du premier dans son déterminisme, même si l'aspect clinique paraît très différent l'enfant ne paraît pas concerné par son énurésie et ne montre pas de culpabilité évidente, un peu comme si tout cela ne lui appartenait pas. En fait, il se présente comme passif, inhibé, timide, apathique. Plus significatif encore en note assez souvent une composante masochiste : recherche inconsciente des punitions, attitudes d'échec. Cet enfant présente des difficultés à assumer la composante agressive de sa personnalité : inconsciemment effrayé par cette agressivité, il la réprime, la retourne contre lui-même. Le symptôme prend ici encore une valeur agressive, en demi-teinte : agressivité à la fois dirigée vers les parents et retournée contre soi-même.

- **Enfant hyperémotif / immature :**

L'énurésie est le symptôme d'un désir de régression infantile. L'enfant tente de rétablir une situation de dépendance accrue à sa mère, il retrouve les bénéfices et les plaisirs prodigués par les soins maternels lorsqu'il était un bébé ou un tout jeune enfant.

- **Enfant présentant des symptômes névrotiques :**

À la fin de la période de latence ou en début de puberté, l'énurésie apparaît dans certains cas, comme la manifestation d'un plaisir organique centré sur la zone urétrale et génitale. Constituant un équivalent masturbatoire, une satisfaction partielle, un compromis entre plaisir et angoisse, l'énurésie peut être ici comparée à un symptôme névrotique, se traduisant dans le

cops. En période œdipienne, l'aspect névrotique du symptôme peut être retrouvé dans les bénéfices secondaires prodigués par la sollicitude et les soins maternels. (Prouff. J. et col, 1995, p 262).

Même les psychanalystes contemporains confirment aussi que certains enfants en retirent les mêmes bénéfices secondaires par les soins corporels et l'attention qu'elle impose à la mère de l'enfant. (Diatkine .R , 1957, p415).

7 - La prise en charge :

La prise en charge de l'énurésie ne sera proposée qu'à un enfant désireux de guérir. Elle repose dans un premier temps sur une modification des habitudes c'est-à-dire sur le bannissement des couches, la limitation des boissons après 18 heures et sur la miction avant le coucher. En cas d'échec de ces mesures simples, nous aurons alors recours à d'autres méthodes.

7-1- Les thérapies de motivation :

La psychologie est essentielle dans la prise en charge de l'énurésie, ainsi la mise en place d'une thérapie par la motivation de l'enfant peut être une solution. Tout d'abord, l'entourage de l'enfant devra être vigilant à mettre en place un environnement favorable. Des dialogues simples avec l'enfant et une dédramatisation de ses troubles ne peuvent qu'améliorer et accélérer la prise de conscience chez l'enfant va dessiner un soleil ou un nuage (en fonction de la fuite ou non) permettra à l'enfant de prendre conscience de ses progrès. Une petite récompense peut-être parfois associée afin d'entretenir la motivation de l'enfant.

Mais il faudra que les parents surveillent l'enfant à distance (afin de contrôler les véritables résultats, car l'enfant a tendance à vouloir satisfaire son thérapeute en les modifiant-transfert positif-il met plus de croix soleils).

7-2- Les thérapies comportementales :

Une thérapie comportementale simple, comme utiliser des systèmes de récompense ou réveiller l'enfant pour faire aller aux toilettes.

Les systèmes d'alarme (pipi-stop) ont pour but de modifier les comportements vésicaux sphinctériens pendant le sommeil. Elles consistent à disposer des capteurs d'humidité, dans les sous-vêtements par exemple qui déclencheront une alarme au contact

des premières gouttes d'urine. L'enfant devra alors couper cette alarme et terminer sa miction aux toilettes (...) les résultats sont satisfaisants et se maintiennent à l'arrêt du traitement. Il faut en moyenne deux mois avant d'obtenir des résultats probants. (Avérous .M ,et Lopez .CH .1997. p 480).

On déduit que le conditionnement au moyen d'un système d'alarme constitue le traitement le plus efficace, et il garantit un succès à long terme chez environ 50% des enfants. la société canadienne de pédiatrie recommande le recours aux dispositifs d'alarme pour les enfants plus âgés et motivés, et dont les familles sont également motivées pour qui des mesures plus simples ont échoué. (Glazener. Cm et Evans .GH, Peto . RE, 2005, p 216).

7-3- Les exercices de Kegel :

Les exercices de Kegel aident à améliorer le contrôle de la vessie et peuvent réduire le risque de fuites d'urine il s'agit d'une rééducation mictionnelle. On dit à l'enfant :

Maintenant, imagine que tu es assis sur la cuvette des toilettes en train d'uriner. Imagine toi en –train d'essayer de retenir le jet d'urine. Essaie réellement de l'arrêter durant 5 secondes (l'enfant peut compter jusqu'à chiffre 5) et urinez et refais cet exercice à plusieurs reprises-stop-and-go-. Cette méthode permet de muscler la vessie et il faudra la présenter à l'enfant comme un jeu.

Arrêter un jet d'urine peut être plus difficile en raison des pressions plus élevées que la vessie peut produire.

Ces exercices sont plus souvent conseillés aux adultes dans le renforcement du plancher pelvien et l'appréhension du contrôle de la vessie. Dans le cas de l'énurésie, cette technique ne pourra être mise en place si l'enfant dispose de la maturité nécessaire pour faire les exercices correctement. Durant les premières applications un des parents du même sexe peut rentrer aux toilettes pour aider l'enfant à s'exercer.

7-4- La prise en charge psychologique.

Lors du dialogue avec l'enfant et son environnement, il est possible d'identifier l'origine de l'énurésie comme étant liée à des troubles psychologiques. Dans ce cas, il sera alors fortement recommandé de passer par une psychothérapie. Elle doit permettre de s'imprégner de l'ambiance familiale « autour du symptôme » et de son retentissement psychologique et social.

La première consultation d'un enfant énurétique est capitale. C'est une consultation « à part entière » et elle ne peut se concevoir en moins de quarante-cinq minutes. En effet, la psychologie joue un rôle primordial dans l'énurésie et l'anxiété ou la culpabilité ne peut qu'aggraver les troubles.

Il est certain que si les répercussions psychologiques de l'énurésie sont incontestables, il serait abusif de considérer l'énurésie seulement comme la conséquence d'une immaturité affective de l'enfant ou d'un climat familial conflictuel. Il n'existe pas de profil psychologique propre à l'enfant énurétique. Une publication récente fait état de sa fréquence plus élevée chez les enfants « hyperactifs ». (Averous. M, 1992. P 6).

Aussi la persistance de l'énurésie à l'adolescence pourrait, selon certains auteurs, justifier une prise en charge psychologique. (Fischbach. M, 1997, p89-96).

Il n'existe bien entendu pas d'explications univoques de l'énurésie : certains facteurs psychologiques ou socio-éducatifs joueraient un rôle déclenchant, d'autre l'entretenaient ou l'aggraverait, dans l'énurésie primaire c'est souvent le retentissement de l'énurésie sur le psychisme de l'enfant ou le fonctionnement familial qui peut amener à proposer une consultation en pédopsychiatrie, la souffrance de l'enfant est attribuée aux répercussions sociales et familiales du trouble : sentiment de culpabilité, mauvaise estime de soi, tendance à l'isolement.

Dans l'énurésie secondaire, la souffrance de l'enfant est souvent au premier plan. Elle peut être le signe d'un moment régressif ou d'un épisode dépressif en relation avec un événement déclenchant individuel ou familial qui pourra être recherché et exploré avec tact.

L'énurésie peut, elle-même, susciter des réactions parentales inappropriées susceptibles de l'entretenir. La qualité des relations parents-enfants s'enferme dans des rituels désagréables avec un risque de rigidification des modes de communication intrafamiliaux. L'enfant pourra être orienté vers un psychologue, non pour son énurésie, mais pour la souffrance psychologique qu'il exprime ou que le psychologue aura décodée. Des entretiens avec l'enfant et les parents peuvent aider à surmonter ces vécus de culpabilité, à dédramatiser les situations et à fluidifier les relations familiales.

Il est toujours important que le consultant reconnaisse la souffrance familiale et celle de l'enfant derrière ces situations et ne renforce pas les comportements figés et culpabilisants.

L'énurésie, en tant que symptôme, pourra souvent être respectée comme signe d'un processus maturatif et développemental en cours et non encore achevé.

De nombreux auteurs, psychiques et psychanalystes, ont également montré comment l'énurésie peut devenir une source de plaisir culpabilisé.

Enfin, ce symptôme varie selon les moments et les lieux dans lesquels il s'inscrit, il est enfin des énurésies rebelles qui finiront bien par disparaître, car il est bien rare qu'elles persistent au –delà de l'adolescence.

7-5- La médication.

L'énurésie dont l'origine est généralement d'ordre psychologique dispose de peu de solutions médicamenteuses pouvant la traiter. Les médicaments ne doivent pas être utilisés en première consultation.

Cependant, certains produits peuvent être utilisés de façon ponctuelle. Le traitement médicamenteux repose essentiellement sur des molécules dont le rôle est de réduire la quantité d'urine produite pendant la nuit, potentialisant de ce fait l'action de la limitation des boissons.

Il pourra également être prescrit des médicaments pour traiter des causes sous-jacentes comme le diabète ou les infections urinaires. (Société canadienne de pédiatre, 2005, p618).

Leur prescription sera discutée en cas d'échec des mesures générales et lorsque l'énurésie dérange l'enfant. Ils peuvent mettre l'énurésie entre parenthèses et redonner confiance à un enfant qui se décourage. La consultation ne devrait jamais se conclure par la prescription d'un médicament qui risquerait d'être investi par l'enfant comme le « remède magique » et de le décevoir rapidement. L'enfant doit comprendre qu'il n'existe pas de traitement « miracle » et que des mesures générales adaptées peuvent l'aider. (Berlier .P, 1997, p110).

8-L'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant énurétique :**8-1 - L'attitude de la mère :**

8-1-1- l'éducation coercitive : c'est le cas d'une mère perfectionniste, rigide dont l'attitude coercitive pour obtenir la propreté aboutit souvent à des réactions d'opposition de l'enfant ou à un contrôle précaire des sphincters.

8-1-2-l'éducation laxiste : cela peut être le cas d'une mère de famille nombreuse souvent trop occupée ou trop fatiguée par les tâches ménagères et l'éducation des enfants pour être attentive aux besoins du nouveau-né.

DUCHÉ a observé le comportement mictionnel nocturne de jeunes nourrissons et a conclu que si la mère surveille et surprend la miction du nouveau-né et évite à celui-ci un contact prolongé avec les couches humides, elle empêche que se développe la tolérance à l'humidité qui est un obstacle majeur à l'acquisition ultérieure de la propreté. (Duche .M , 1987)

8-1-3-l'attitude névrotique de la mère :

A- la mère anxieuse : ce sont les mères angoissées, phobiques craignant continuellement le pire et cherchant à éviter à l'enfant tout désagrément elles adoptent une attitude de surprotection qui prend plusieurs formes dans les conduites quotidiennes

Pour Soule les mères phobiques couvent leurs enfants et plus particulièrement les garçons et leur font apparaître le monde comme exagérément dangereux .on conçoit qu'un tel enfant ait des difficultés à assumer sa virilité. (Soule .M , 2003)

B- la mère rejetant : c'est le cas de mères d'enfants non désirés ou d'enfants dont le sexe contrarie la mère .la manifestation du rejet se fait de façon manifeste ou inconsciente. Dans les deux cas, ces attitudes auront un impact négatif sur le développement de l'enfant et souvent sur l'énurésie en tant que symptôme de ce rejet.

C- la mère menaçante : coups et menaces sont le lot de certains enfants énurétique. Menaces de couper la tête de ZIZI, menaces de se séparer de l'enfant

D- la mère hyper protectrice et angoissée : la mère, par ses attitudes inappropriées dans son éducation a la propreté peut renforcer le symptôme énurétique chez son enfant, que ces attitudes soient liées a sa personnalité ou a son histoire personnelle .par ailleurs ,le père même s'il n'est pas toujours reconnu comme acteur de l'éducation a la propreté peut jouer un rôle important .

8-2-L'attitude du père :

L'attitude du père est caractérisée par un comportement absentéiste pouvant revêtir deux formes principales, Symboliques ou réelles.

8-2-1-l'absence symbolique : c'est le cas où le père est présent, mais non impliqué dans l'éducation de l'enfant

8-2-2-l'absence réelle : c'est le cas d'un père dont l'absence est effective et répétée et qui par conséquent ne participe pas à l'éducation de l'enfant (Menai .A, 2009).

9-Répercussion sociale et scolaire de l'enfant :

Recourir selon le moment de façon prévalence, à une modalité ou à l'autre de ces formes d'acquisition. Une trop grande prévalence des modes d'acquisition par mimétisme. Et par identification projective se révéleront néfastes pour l'intériorisation des apprentissages.

Quant en fonction de leur famille, de leurs sociétés, leurs angoisses dominantes, les enfants sont amenés a l'enfant évolue sans crise trop forte, les contacts sociaux s'élargissent avec l'entrée a l'école et provoquent de nouvelles identifications qui transforment, nuancent les précédentes.

Très souvent, les troubles de l'apprentissage chez l'enfant révèlent la fragilité d'un moi immature, d'un manque de refoulement, d'une l'latence non efficiente : l'enfant devant des taches scolaires se retrouve face a des conflits non neutralisés (Myriam. B.1999.p82)

Les enfants énurétiques ont souvent, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte, de gêne, de culpabilité d'impuissance, et des difficultés a envisagé un séjour hors de la maison

(colonies de vacances, dormir chez des amis ...) certains y trouvent même des bénéfices secondaires à ne pas grandir, ce qui peut aboutir à un repli sur soi. (Elkoukouchi .A . 2014).

L'énurésie nocturne isolée n'est pas une maladie. Ce handicap entraîne chez l'enfant et dans la famille des perturbations de plus en plus importantes à mesure que grandit l'enfant et aura un impact psychosocial incontestable. (Girardin. E, 2002).

Synthèse :

Une liaison corps-psyché d'effectue ;en nous penchant sur le fonctionnement psychique nous semblons avoir oublié l'objet principal de notre étude le corps malade, mais comme nous l'avons vu au début de la vie le fonctionnement psychique se détache progressivement du fonctionnement corporel tout en gardant des liens avec lui, la qualité de lien psychosomatique garde l'empreinte de cette attache précoce et l'histoire de son détachement à chaque type de fonctionnement psychique de correspond en fait un type d'attache psychosomatique.

Chapitre II :
Le développement psychoaffectif et
cognitif

II - Le développement psychoaffectif et cognitif :

Préambule :

La petite enfance est une période du développement chargée et sensible. Les processus psychiques à l'œuvre contribuent à la construction de la subjectivité et des assises de la personnalité : processus cognitive et de symbolisation, développement de l'empathie. L'évaluation du petit enfant se fait dans le creuset familial, en lien avec le fonctionnement psychique de ses parents.

1-définition de développement :

est souvent associé aux principes de maturité et de maturation d'un élément donnée « la maturité » c'est « être parvenu à un point de perfection état qui confère à un sujet la plénitude de ses moyens physiques ou psychiques état qui donne toute capacité de jugement, une sûreté de jugement; état de plénitude : posé, raisonnable, réfléchi : souligne le temps de réflexion, d'attente et d'écoute ». Est-ce possible d'atteindre cette plénitude et est-elle liée à un âge donné ou est-ce l'idéal jamais atteint ?

Faut-il donc garder cette image idéalisée qui tendrait à faire croire à un manque tant que la personne n'aura pas atteint cet état, ou ne vaut-il mieux pas parler de concept de maturation. En effet, « la maturation » est l'ensemble de phases successives par lesquelles des éléments passent d'un stade de germe à celui d'un fruit, d'un produit dont l'essence sera à son tour capable de donner des fruits et d'autres germes. Ce concept évoque une dynamique de création et de recréation qui permet à tout sujet de se sentir totalement sujet à chaque étape de sa vie, étape qui donnera du fruit et étape qui engendrera un nouveau germe pour passer à l'étape suivante.(Alain. B ,2009)

2-le développement psycho affectif et cognitif

Dans cette perspective en 1974, Anzieu. D. considère que la construction de l'espace psychique chez l'enfant se fait nécessairement par celle d'un corps agissant dans le monde. Il propose un modèle théorique précisant l'étayage du moi sur la peau, impliquant une homologie entre les fonctions du moi et celles de l'enveloppe corporelle. « La peau est l'enveloppe du corps, tout comme la conscience tend a développer l'appareil psychique » (Chantale .p et Jacqueline, 2001, p58).

Pour des raisons liées aux différentes techniques utilisées par différents chercheurs pour comprendre l'homme, les connaissances du développement psychique de l'enfant ont été schématiquement dissociées en développement psychoaffectif et développement cognitif.

Selon la théorie psychosexuelle de Freud : l'enfant de trois à six ans se trouve au stade phallique où l'enjeu central demeure la résolution du complexe d'œdipe, laquelle passe par l'identification au parent de même sexe et par la formation du surmoi. Cette troisième instance psychique la personnalité intègre les valeurs, les règles et les interdits sociaux.

Pour la théorie psychosociale d'Erikson : l'enfant de cet âge doit résoudre la crise de l'initiative versus la culpabilité et trouver l'équilibre entre son désir de prendre des initiatives et celui d'obtenir l'approbation des adultes.

La perspective sociale cognitive présente une vision différente des approches psychanalytiques traditionnelles. Elle suggère un lien étroit dans la compréhension de soi et d'autrui, entre les capacités cognitives des enfants d'âge préscolaire et nombreux changements émotionnels et sociaux qu'ils expérimentent. (Papalia .D.E et Olds. S.W et Feldman. R.D, 2010, p 194 ,195)

2-1- Selon Freud :

Pour Freud à chaque stade de son développement, l'enfant investit une partie de son corps qui devient une zone érogène, durant les trois premières années de la vie de l'enfant passe par deux stades de développement psychosexuel le stade oral et le stade anal. **Le stade oral** : De la naissance à 18 mois la zone érogène investie est la bouche l'enfant tire du plaisir à téter à sucer puis à mordiller tout ce qui lui tombe sous la main. Selon Freud la façon dont la mère répond à ce besoin a une incidence fondamentale sur la personnalité de l'enfant , le nouveau-né entretient une relation symbiotique avec sa mère et ne se perçoit pas comme séparé d'elle, il est donc fondamental que le sevrage se fasse, mais pas de façon hâtive ni trop brutale.

Le développement d'une personnalité saine résulte, en effet, d'un juste équilibre entre la satisfaction adéquate des besoins oraux de l'enfant et la présence d'un espace pour le développement de la force du moi selon Freud, un tel déséquilibre au stade oral crée une

personnalité dépendante, caractérisée par la difficulté de ressentir une sécurité émotionnelle et de devenir autonome dans ses relations interpersonnelles

Le stade anal : de 18 mois à 3 ans, ce sont l'anus et le rectum qui deviennent sources de plaisir pour l'enfant. Dans un premier temps la défécation lui procure de plaisir de fait de retenir ou au contraire de relâcher ses sphincters lorsqu'il en acquit le contrôle est à la base de la gratification. L'apprentissage de la propreté représente donc un moment critique durant ce stade.

Un déséquilibre au stade anal peut ainsi créer une personnalité marquée par l'obsession du contrôle de soi et des autres ou, au contraire, par l'absence totale de structure. Il faut se souvenir qu'à cet âge. L'enfant est beaucoup plus évolué physiquement et cognitivement qu'au stade précédent il apprend qu'il peut non seulement exercer un contrôle sur lui-même, mais également sur ses parents. (Papalia.D.E et Feldman.S.W, 2010 p222).

Le stade phallique : durant cette période, cruciale pour le développement de l'identité sexuelle, les enfants découvrent qu'il est agréable de toucher ses propres organes génitaux et ils expérimentent la masturbation ils développent aussi une curiosité sexuelle qu'ils ne possédaient pas auparavant, puisqu'ils font maintenant la différence anatomique entre les sexes, une différence qui à cet âge, se résume selon Freud au fait d'avoir un pénis ou pas (Papalia. D.E et Feldman. R.D, 2014, p189).

2-1-2- L'œdipe :

Le stade œdipien : c'est entre 3 et 5 ans que commence normalement le stade œdipien. On ne peut pas en parler sans évoquer Freud. C'est Freud qui a créé ce terme de complexe d'œdipe, pour lui, le complexe d'œdipe désigne à la fois le « le complexe nucléaire de névrose » et le « point nodal » (charnière) du désir infantile (en tant que l'inconscient, c'est l'infantile en nous), le terme de complexe est à prendre au sens propre : c'est un croisement de relation, un nœud dans un réseau. Les mailles d'un filet où le désir est pris, le complexe d'Oedipe est exactement comme dans les mises en scène du rêve, il est la représentation par excellence du désir inconscient. (Martine .S, 1997, p58).

La découverte du complexe d'œdipe : c'est au cours de sa propre autoanalyse que Freud découvre le complexe d'œdipe, autoanalyse qui lui permet d'apprendre qu'à une certaine époque de sa prime enfance sa « libido s'est tournée vers Matrem » (noter cette latinisation du nom de sa mère qui s'appelle « Martha »-dans le texte de Freud ;c'est comme une mise à

distance) tandis qu'il éprouvait en même temps pour son père une jalousie en conflit avec l'affection qu'il lui portait. Telle est bien dans son apparente simplicité. La formulation de situation œdipienne ainsi qu'on entend généralement pour le garçon. situation dont l'aspect négatif ici l'hostilité à l'égard du père a été longtemps plus difficile à admettre en raison tant de l'ambivalence que de la couverture affectueuse réactionnelle à l'égard du père qui peuvent masquer cet aspect négatif. (Michael. H ,2001 ,73)

Le « je » la différence de sexes le « complexe d'œdipe » : de 3 à 7 ans, en moyenne, s'étend la période finale et essentielle de développement de la personnalité de l'enfant. Celle où la conscience de soi-même comme d'une personne autonome apparaît et s'installe. L'enfant, jusque-là rattaché à sa mère en corps et en esprit, comme un organe supplémentaire de celle – ci, va finir de s'en séparer ; moins dans son corps (il continuera à avoir besoin de soins et d'une nourriture qu'il ne peut se procurer par lui même) que dans son désir. (Chazaud. Drj , 1999, p63).

2-1-3-l'angoisse de castration :

Castration œdipienne diffère de la castration phallique en ce qu'elle est moins narcissique et plus objectocentrée.

Autrement dit la perte n'est plus seulement une amputation de soi et de son pouvoir, mais une limitation de sa relation à l'autre .l'angoisse de castration s'origine dans la constatation de la différence des sexes. Face à cette angoisse, le garçon va se défendre par le surinvestissement du pénis.

La fille elle qui à découvert son clitoris, mais pas encore son vagin, va développer une « Envie du pénis » concept qui à la base de toutes les critiques féministes dont la théorie freudienne fait l'objet. Quoi qu'il en soit dans cette théorie, pour la petite fille aucun déni ne peut compenser cette blessure narcissique vécue dans la réalité .c'est cette envie du pénis qui va introduire la fille à la problématique œdipienne.

Comme dans la légende de Sophocle. Le complexe d'œdipe dans sa forme positive correspond à une attirance pour le parent de l'autre sexe et à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent de même sexe.

Le complexe d'œdipe négatif (ou inversé) correspond à une situation connaître et le plus

souvent on assiste à une oscillation de l'enfant entre ces deux attitudes (forme complète du complexe d'œdipe

Il existe cependant des différences importantes entre le garçon et la fille :

Chez le garçon, le complexe d'œdipe ne suppose pas un changement d'objet d'amour (l'objet d'amour initial étant déjà la mère) alors que chez la fille un tel changement doit s'opérer .c'est l'inverse au niveau des identifications et ce phénomène expliquerait, selon Freud, le fait que souvent les identifications féminines de la fille sont plus ancrées que les identifications masculines du garçon.

Chez le garçon l'angoisse de castration vient mettre un terme assez brutalement à la problématique œdipienne, l'enfant devant renoncer à sa mère sous l'effet de la menace castration .chez la fille en revanche c'est l'angoisse de castration qui initie la problématique œdipienne dont la liquidation sera chez elle moins rapide que chez le garçon, s'étalant sur plusieurs années.

2-1-4-période de latence

La période de latence c'est un passage nécessaire au bon développement, la tentions psychique liée au complexe d'œdipe et au complexe de castration ne pouvant être soutenue très longtemps. (Mareau. ch. 2006, p55).

La période de latence est une période classiquement conflictuelle, se situant entre 7 et 12 ans. En réalité, les conflits des stades précédents persistent en partie, mais se montrent moins chauds en raison d'une modification structurale des pulsions sexuelles sans qu'on puisse décrire pour autant d'organisation nouvelle de la sexualité.

Dégoût, pudeur vont permettre à l'enfant de se dégager peu à peu des conflits sexuels de la période précédente. Apparaissent les sentiments de tendresse, de dévotion et de respect envers les images parentales qui correspondent au renversement de motions agressives inverses en ce qui concerne le parent du même sexe, alors qu'elles renvoient à un processus de sublimation quand il s'agit du parent de sexe opposé.

On assiste aussi à une désexualisation progressive des pensées et des comportements grâce à tout un travail de refoulement permettant les sublimations. Celles-ci en déplaçant les buts pulsionnels vers des objectifs plus socialisés donnent lieu à une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages pédagogiques. (Aurèle .S.Y, 1982, p 66,67).

2-1-5-la puberté

Il faut distinguer la puberté précoce vraie (activation hormonale), de la pseudo-puberté précoce due à une tumeur des glandes surrénales ou des gonades. Au sens large, on

parle néanmoins de puberté précoce lorsque les règles surviennent avant 10 ans.

Les plus désavantagés sont ainsi les garçons « tardifs » et les filles « précoces ».

Les filles qui se perçoivent comme précoces vivent davantage d'expériences négatives. Ces jeunes filles sont très différentes physiquement de l'ensemble des pairs de leur classe ; elles se trouvent trop grosses, sont plus susceptibles de s'attirer des ennuis ou de fréquenter des groupes de pairs déviants.

Les chercheurs s'interrogent encore sur les conséquences à long terme de ces expériences négatives. Les plus avantagés sont les garçons précoces, ceux-ci présentant une morphologie correspondant au stéréotype de virilité. Ils sont suivis par les garçons et les filles qui ont un développement normal. (Clément.C et Demont .E , p48.49).

La pré puberté c'est une période transitoire caractérisée par une agitation diffuse une agression et une instabilité de l'humeur et du caractère. Pendant cette période, les affects et les comportements deviennent plus indécis et imprévisibles. E. Erickson que la préadolescence marque le commencement d'une crise normative c'est-à-dire d'une base normale de recrudescence conflictuelle caractérisée par une fluctuation visible de la puissance de moi, mais riche d'une forte potentialité développementale (Danis. A, 1998, p210).

2-2- Selon Erik Hommburg Erikson

premier stade de développement commence quand les nourrissons arrivent au monde avec leurres besoin physiologique que les parents doivent satisfaire le mieux possible il dure environ la première année de vie .

Le deuxième stade, celui de la première enfance (2-3 ans), prend place lorsque l'enfant commence à développer une motricité suffisante pour marcher, prendre et manger seul. Il perçoit un contrôle sur les choses et sur ses actions. La crise de ce stade oppose le sentiment d'autonomie des comportements au doute qu'ont les enfants d'être capables de faire les choses seules.

Le troisième stade entre 3 et 5 ans. C'est le stade de l'âge préscolaire. L'enfant commence à contrôler ses comportements et acquérir de nouvelles habiletés. La facilité croissante qu'ont les enfants a cet âge de manipuler les objets du monde extérieur leur donne l'envie d'exercer

leur influence sur leur environnement ; en bref, ils veulent du pouvoir. Le conflit présent ici oppose l'initiative à la culpabilité.

Les enfants qui prennent l'initiative vont s'imposer aux yeux de leurs entourages. Ils jouissent pleinement du libre choix. Ils posent beaucoup de questions sur les choses de la vie et explorent le plus de choses possible. En revanche, les enfants qui freinent leurs désirs du moment le font par culpabilité. Si la crise est bien gérée, l'enfant acquiert le courage de suivre ses objectifs sans culpabilité et sans crainte d'être puni.

Le quatrième stade est celui dit de l'âge scolaire (6-11 ans) pendant cette période, les enfants apprennent beaucoup et ils évoluent dans un monde stimulant, le conflit majeur de ce stade oppose le fait de faire des choses utiles pour les autres à l'infériorité. Le premier correspond au fait que l'enfant apprend qu'il ne peut pas agir comme il veut et que c'est important de faire des choses qui conviennent aux autres. C'est le début de la coopération. **Le cinquième stade**, celui de l'adolescence (12-20 ans) permet une synthèse des stades précédents, il est toutefois plus que la somme des acquisitions, il est une extension vers le futur.

Le sixième stade est celui du jeune âge adulte (20-45 ans).

Le septième stade est compris entre (45-65 ans)

Le dernier stade est celui de la maturité (la vieillesse) c'est le stade qui marque la fin de notre vie.

ERIKSON considère les années scolaires comme calmes sur le plan affectif. Il met l'accent sur la maîtrise de l'habileté qui servira à l'enfant dans un contexte scolaire (Bee. H et Boyd. D ,2003 p 231).

2-3- selon H.Wellon :

Étudie le développement de l'enfant, d'abord dans l'interaction entre l'équipement moteur et l'affectivité du nouveau-né, puis entrent l'enfant et le champ social. (Marcelli.D et Ajuriaguerra .J, 1984, p3).

Le stade du personnalisme (3-6 ans)

Ce stade est tout à fait central dans la description wallonienne du développement il se situe à la charnière de deux phases importantes de la construction de la personnalité entre les stades consacrés à la construction de la personne et ceux consacrés à l'achèvement de la

personne. Il marque l'avènement de la conscience de soi (à travers la conscience corporelle et la conscience sociale). La différenciation moi-autre est marquée, et va se poursuivre au sein d'échange de rôles entre l'enfant et autrui imiter autrui, c'est se décentrer et en même temps dialoguer avec l'autre. Ce stade est nettement centripète l'enfant est centré sur sa propre évolution. Trois périodes vont se succéder au cours de ce stade une période d'opposition (3-4 ans), puis de séduction(4-5 ans) et enfin d'imitation (5-6 ans) (Tourette.C Guidetti.M ,2008,p181).

Les recherches menées par René ZAZZO sont entré que l'enfant reste encore individualiste, noue un rapport personnel affectif avec l'institutrice ou la jardinière d'enfant, mais n'accède pas encore vraiment à un apprentissage des règles impersonnelles ou des automatismes sociaux.

Vers la fin de cette période familiale (4-5 ans), le MOI de l'enfant est comme un petit bourgeon fragile accroché aux images parentales et moindre tempête peut provoquer des dégâts dont les effets peuvent resurgir plus tard. (Martine .S, 1997, p66.)

Le stade catégoriel (6-11 ans) :

L'enfant quitte cette phase de narcissisme et d'affirmation de soi pour entrer un peu plus avant dans le monde de connaissance. On constate un renversement des intérêts : de soi (dans le précédent stade centripète) vers l'extérieur (stade ici centrifuge). Le début de ce stade est appelé par wallon période pré catégorielle (6a9 ans), elle se caractérise par une diminution du syncrétisme : la pensée devient plus différenciée, mais reste concrète (liée aux objets et situations réels).

La période catégorielle (9-11ans) commence avec une activité comparative : en quoi les objets sont-ils différents ou non ?En analysant les choses, l'enfant arrive a en abstraire la qualité des choses qui permet de les regrouper, de les catégoriser, de modifier des catégories antérieures, la pensée de ce fait devient plus abstraite .cette évolution intellectuelle se fait dans un contexte social important (l'école) qui contribue simultanément au progrès de la décentration intellectuelle et socio affective. (Tourette .C et Gguitti .M, 2008, p182).

L'école, tel que l'enfant la rencontre a six ans, est celle qu'il appelle « la grande école ». Cette il grande école faite entrer l'enfant pour la première fois, dans un monde nouveau dont les lois sont différentes. Cette entrée se réalise à un âge où l'enfant est mûr pour pouvoir effectuer la découverte de cet univers (pour entamer la construction du moi et la première

socialisation) du point de vue intellectuel, l'enfant devient capable d'une attention analytique par rapport au réel et en même temps capable de généralisation. À partir de cet âge, il peut observer les données concrètes et en tirer des lois générales. (Martine. S, 1997, p66).

2-4- selon Piaget :

Les stades du développement cognitif :

Le stade de l'intelligence sensori-motrice (0a2 ans) :

L'objectif de Piaget est de dégager « une embryologie de la raison ». Dès la naissance, le bébé est au centre d'une multitude de relations, mais cependant, il ne se distingue pas au début du monde qui l'entoure. Cet état initial d'indifférenciation par rapport à l'environnement constitue ce que Piaget a appelé l'égoïsme.

La période de 0 à 2 ans se caractérise principalement par la mise en place et le développement sensoriel et moteur. L'intelligence sensorimotrice est une intelligence d'action. L'enfant ne pense pas en dehors de ce qu'il perçoit, de ce qu'il agit dans l'instant. C'est une intelligence sans pensée, ni représentation, c.-à-d. fugace et non encore différée. C'est l'action qui est primordiale.

Le stade de l'intelligence préopératoire (2 a7-8 ans) :

Cette période est marquée par deux caractéristiques importantes. L'émergence de la fonction sémiotique ou symbolique elle permet les évocations mentales d'objets ou événements absents au moyen de signes ou de symboles.

L'action demeure l'instrument principal du développement des connaissances, mais l'enfant peut dorénavant se représenter une action dans sa tête. Le stade préopératoire se caractérise ainsi par le passage de l'action effective à l'action intériorisée (c.-à-d. effectuée en pensée). L'intériorisation des actions est rendue possible grâce à l'émergence de la fonction sémiotique ou symbolique. En effet, l'enfant devient capable de se représenter mentalement, c.-à-d. d'évoquer un objet ou une situation (un signifié) en son absence à l'aide de différents signifiants (ce qui sert à représenter) sous forme

Stade des opérations concrètes (de 7-8 ans a11-12 ans) :

À partir de 7 ans, on ne parle plus d'actions (c.-à-d. comportement observable), mais d'opérations (type d'action particulière). Il y a changement de structures : la pensée devient opératoire. L'enfant est capable d'effectuer des actions virtuelles, non effectives, et cela mentalement.

Les premières opérations sont toujours liées à l'action et portent directement sur des objets

concrets présents ou immédiatement représentés la pensée de l'enfant ne peut se détacher complètement des objets perceptibles, elle ne permet pas de construire un discours dans l'absolu (*c.-à-d.* qui s'appuie sur des hypothèses énoncées verbalement). Les opérations s'appliquent à des domaines divers :

Les opérations de conservation permettent la construction d'un invariant malgré les transformations. Ainsi, un objet gardera ses caractères propres, quelle que soit sa position ou sa répartition.(Clément .A et Demont. etc)

3-inné/acquis :

Le courant maturationniste (avec par exemple Arnold Gesell) cherche à expliquer l'évolution individuelle par la simple maturation biologique, selon un programme prédéterminé, et même si des déclencheurs externes sont éventuellement requis ; dans ce cas, le temps du développement, c'est le temps de la maturation de l'organisme.

Le courant empiriste, dont on a vu qu'il remontait à John Locke, focalise à l'inverse sur le façonnage externe de l'individu par son milieu de vie des formes relativement récentes de l'empirisme se retrouvent avec le béhaviorisme (J.B.Watson puis B.F.Skinner) qui présente une image d'un enfant guidé dans son évolution par les renforcements, positifs ou négatifs, qu'il reçoit de son environnement.

Le courant constructiviste (Bideaud, 1999) est tout particulièrement représenté par Piaget qui a toujours cherché une troisième voie pour dépasser l'opposition entre innéisme et empirisme. Le constructivisme ne doit pas être perçu comme le « juste milieu » entre les deux courants précédents, mais comme une position théorique originale. (Henri.I et Daniel. Me. 2005, p16)

Au sujet de l'exemple de la connaissance des objets. Jacques Mahler et Emmanuel Dupoux (1990) estiment que « la manière dont nous construisons les propriétés des objets qui nous entourent n'est pas le fruit de ce qu'on nous enseigne à l'école il semble plutôt que l'esprit ait en quel que sorte son propre monde de fonctionnement qui lui permet d'attribuer par exemple continuité et solidité (c'est -à-dire une permanence) aux objets qu'il perçoit ».

Les deux auteurs ainsi que Stanislas Dehaene(1997) rejettent toute thèse empiriste ainsi que l'interprétation constructiviste de Jean Piaget au profit d'une thèse nativiste (ou innéiste) selon laquelle les compétences du nourrisson relèvent « de son patrimoine génétique tel qu'il

a été façonné par des millénaires d'évolution ».de leur point de vue le bébé nait humain. (Troadec .B et Martinot .C, 2003, p74).

4- Les imitations simultanées :

L'intérêt pour l'imitation simultanée a été initié par Nadel. J (1979) dans une perspective fonctionnaliste. Aujourd'hui elle souligne que « limitation est une des plus puissantes capacités humaines, a la base de deux fonctions adaptatives de base l'apprentissage et la communication » (Nadel. J, 2001).

Se situant dans le cadre wallonien du développement socio personnel, Nadel s'interrogeait sur le passage de la communication pré langagier (caractérisée par le partage émotionnel et la faible dimension symbolique) a la communication langagière. (Baudier. A et Celeste .B, 2010, p141)

Le rôle de l'éducation et de l'exercice a été évoqué a plusieurs reprises comme complément des prédispositions héréditaires, l'apprentissage des gestes quotidiens par le jeune enfant se fait en grande partie par observation et imitation d'autrui, dans des conditions qui peuvent engendrer des confusions quand le modèle a imité se trouve en face de l'enfant et non a coté de lui. (Catherine .T et Michele. G, 2008, p183).

5-La formation de surmoi :

Le surmoi est une structure développée a partir du moi, par intériorisation des interdictions et des exigences d'abord parentales que l'enfant rencontre au cours de son développement, et plus exactement durant la résolution du complexe d'œdipe. Il correspond au système des interdictions , des idéaux et des normes ,distinguant « ce qui est bien » de « ce qui est mal » ,ce qui est socialement accepté de ce qui ne l'est pas, c'est a dire le système par rapport auquel l'individu se juge et juge les autres. La règle du surmoi représente donc le rapport à l'autorité.

Le surmoi se décline sous deux formes :

5-1-le surmoi comme idéal du moi : ou' l'enfant intériorise le modèle à suivre ; « faute d'avoir pu posséder pleinement ses parents (les avoir), l'enfant va s'astreindre a leur

ressembler (à être comme eux) a être ce qu'il ne pourra jamais avoir, à travers l'idéal du moi » (Raffy,2000)

5-2-Le surmoi comme instance d'interdiction et de refoulement : qui incarne la conscience morale résultante de l'imprégnation des valeurs sociales et culturelles de la famille et de groupe social dans lequel évolue l'enfant.

Widlocher (1965) a défini la notion d'autorité et d'interdit dans la fonction paternelle par rapport à la problématique œdipienne. Il précise que le père détient le rôle d'agent de l'interdiction œdipienne, c'est-à-dire qu'il est celui qui interdit le rêve de la possession exclusive de la mère. selon lui, « la constitution du surmoi dépend dans les deux sexes du dépôt dans la conscience de l'enfant de cette conscience morale qui est d'abord incarnée par le père ». L'enfant attribue alors au père les prohibitions, les interdits, les obligations, les ordres...

Duché (import, 1965) montre que l'enfant attend effectivement l'autorité de son père mais que celle-ci ne doit pas se manifester sous forme d'autoritarisme, de despotisme ou de tyrannie l'autorité exercée par le père dépend également des relations existantes entre les parents. « Une relation affective satisfaisante entre les deux parents constitue le plus sur garant de l'autorité paternelle ». (Marina .C .2001.p29) .

6-L'estime de soi

Pour Freud(1914), l'estime de soi aurait trois origines :

1. le souvenir du narcissisme infantile.
2. La confirmation ou l'infirmité par la voie de l'expérience, de l'accomplissement de l'idéal du moi.
3. les satisfactions qui proviennent de la libido d'objet.

Pour se sentir « bon », un enfant a besoin de lire sur le visage d'un parent le plaisir du regard, la tendresse, l'émerveillement et la fierté.

L'estime de soi est la valeur, positive ou négative, qu'une personne s'accorde à elle-même. Elle représente donc la partie évaluative du concept de soi, c'est à dire le jugement que l'enfant porte sur lui-même en fonction de ses caractéristiques.

L'estime de soi est un facteur de protection essentiel contre les problèmes d'adaptation et d'apprentissage chez les enfants. L'estime de soi pourrait même prévenir certains problèmes de santé mentale ultérieurs, tel que la dépression à l'âge adulte (Duclos, 2010).

Certains indicateurs peuvent renseigner sur la présence d'une bonne estime de soi dans la petite enfance ; le fait de se sentir bien dans son corps, d'être fier d'être un garçon ou une fille, de croire en ses capacités, d'avoir le sentiment d'être aimable, d'être à l'aise en compagnie des autres ou encore d'avoir confiance que ses besoins seront reconnus et comblés dans un avenir rapproché (Duclos 2010).

Les parents et les éducateurs ont donc un rôle à jouer dans le développement de l'estime de soi, en stimulant les quatre composantes fondamentales (Duclos 2010, Laporte, 2002) : le sentiment de sécurité, l'identité positive, sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence. (Papalia .D.E et Feldman. R.D, 2014, p 177,178).

L'évolution de l'estime de soi est liée au soutien social, le soutien social est également bénéfique pour l'enfant ; il contribue en effet à favoriser chez lui l'estime de soi. Le soutien social que l'enfant reçoit de ses parents, de ses copains de classe et de ses professeurs lui fournit des messages importants. Les gens de son entourage sont-ils attentifs à lui ? le traitent-ils comme une personne qui a de la valeur à leurs yeux, qui a des choses intéressantes à dire ? Si l'enfant ressent qu'il occupe une place bien à lui dans l'esprit des personnes qui sont importantes dans sa vie, il se sent alors valorisé. De fait, un enfant qui n'est pas soutenu dans ses perceptions par les messages de son entourage ne pourra pas entretenir une estime de soi élevée.

Cette valeur est plus fondée sur l'image que nous nous faisons de nous-mêmes que sur la réalité de ce que nous sommes. Ces images, ces normes, nous les héritons de nos

parent, ce sont donc les images parentales qui sont en jeu, ces images que l'enfant construit en transformant ce qui projette de la réalité parentale sur son écran intérieur, en prenant ici et là ce qui correspond à ses fantasmes, à l'interprétation de ce qu'il a perçu en fonction de ses moyens cognitifs et des états affectifs qui accompagnent sa perception. (Gérard. P, 2001, p160).

Synthèse :

L'homme se définit principalement comme un être de culture, c'est-à-dire un être qui ne se réalise pleinement, qui ne s'accomplit totalement qu'en entrant dès les premiers jours de sa vie en contact avec un environnement favorable, un entourage qui lui donnera tous les éléments lui permettant de se développer.

Chapitre III :
Les échanges affectifs familiaux

III- Les échanges affectifs familiaux :

Préambule :

Parmi les innombrables influences s'exerçant sur l'individu tout au long de la vie, une très Grande partie se trouve médiatisée par la famille, premier milieu, dont l'influence est déterminante.

C'est à partir de la relation duelle avec sa mère, base de tout lien affectif, que s'élaborent les premières relations aux autres membres de ce premier groupe social

1-L'affectivité :

L'affectivité est l'ensemble des sentiments, par opposition à ce qui relève du raisonnement ; sensibilité. Ensemble des réactions psychiques de l'individu face au monde extérieur.

1-1- Aperçu historique :

Au XIXe Siècle les liens qui unissent parents et enfants ne sont pas sujets à discussion. L'amour maternel est supposé évident (cf. Badinter, 1980) quant à sa réciproque, c'est en d'autres termes qu'elle se pose le respect, l'obéissance sont alors considérés comme des devoirs filiaux. «Les liens de sang » demeurent le principal facteur explicatif des relations enfant-parents , pour preuve de cette attitude , les nombreux romans de l'époque perdue ou volée a sa naissance, l'enfant devenu adulte retrouve et reconnaît sa mère biologique et lui voue instantanément toute son affection vont dans le même sensé les pratiques éducatives encore répandues a l'époque, ou la mise à distance parents-enfants n'est jamais dénoncée comme un obstacle a la constitution des liens parents –enfants . (A. Baudier et Bernardett 2010, p14)

Jusqu'a 19 Siècles, les sociétés occidentales ont traités comme tels, plutôt comme des personnes ayant des compétences et des besoins affectifs, cognitifs et sociaux particuliers qui évoluent encoure de développement (Dumas. J.E .2002 p11)

1-2- Émergence de lien affectif :

C'est à partir de la relation duelle avec la mère, bas de tout lien affectif, que s'élaborent les premières relations aux autres membres de ce premier groupe social. C'est au sein de la famille que se déroulent les premières expériences, les premières confrontations avec l'environnement. En recevant une coloration affective - positive ou négative - en fonction des attitudes et réactions du milieu. C'est ainsi que s'élaborent les fondements de l'organisation comportementale de l'individu qu'apparaissent et se précisent les traits de son caractère et se construit la personnalité.

Les données de l'émergence de lien depuis Freud, certains psychanalystes se sont attachés tout particulièrement à nous éclairer sur ces premières relations archaïques. Winnicott (la relation primaire et la mère suffisamment bonne) M.Klein (l'indentification projective, W.Bion (la fonction alpha et la capacité de rêverie maternelle) , J.Bergeret (la violence fondamentale) , P.Aulagnier (la violence primaire et secondaire) , P.C.Racamier (la séduction narcissique) tous nous ont montré le bon déroulement ainsi que les aléas de ces tout premiers moments intra et inter psychiques indispensables à la construction du lien entre le bébé et son environnement maternant. (Marie .D. Amy, 2008, p10).

2-La famille :

La famille est le premier milieu de vie de l'enfant, le lieu de ses premières émotions, de ses premiers échanges ; les membres du groupe familial sont les premiers « autres » auxquels le nouveau-né sera confronté ; c'est dans ce premier milieu que va se constituer le fondement de son organisation comportementale la durée pendant laquelle elle constitue le principal milieu d'appartenance. Certes en grandissant l'enfant intègre d'autres milieux, d'autres groupées (la crèche, l'école, des groupes activités sportives ou culturelles ...) il n'empêche que tout au long du développement la référence à la famille reste essentielle. (Baudier .A et Céleste. B.2010 p111).

La famille constitue le terrain par excellence des premières expériences de l'enfant avec le monde extérieur. Selon le modèle écologique, nous pouvons dire que l'outo système « enfant » se développe à la base dans le microsystème « famille », la famille se situant elle-même dans un contexte plus large. Le type de famille, le travail des parents, leur revenu, mais aussi le service de garde, les normes qui régissent la société ou les croyances qu'entretiennent les adultes à l'égard des enfants et de la façon de les éduquer sont autant d'éléments qui , dans

toutes les cultures influencent le développement de l'enfant.(Papalia.D.E et Olds .S.W et Feldman .R.D , 2010 ,p124).

Entre 6 et 12 ans, l'enfant va avoir de sa famille une vue progressivement modifiée, l'image de la famille va dépasser le cadre simple du père, de la mère, de ses frères et sœurs ; l'enfant commence à comprendre et cherche à comprendre les rapports de parenté plus lointains. Il interroge et peu à peu, la famille prend l'aspect d'un groupe assez vaste dont l'enfant fait partie une certaine continuité dans le temps apparaît à côté des ramifications parfois fort complexes de la famille dans l'espace. Par ce biais, la société que l'enfant commence à entrevoir à travers la vie scolaire, par la découverte des camarades, des parents des camarades et du vaste ensemble de l'organisme social dont il entend parler, cette société va prendre une consistance nouvelle grâce à la perception d'un élargissement de la famille jusque-là réduite à un petit nombre dont l'enfant était le centre. (Martine. S.1997 p70 ,71)

2-1- Historique des études sur la famille :

Le concept de roman familial : ce concept a été élaboré par Freud en 1909 dans son article le roman familial des névroses qui a été également inséré dans l'ouvrage d'O.Rank sur le mythe de la naissance de héros. Il s'agit d'une activité fantasmatique consciente (rêverie diurne) très fréquente chez l'enfant en période œdipienne ou au-delà (notamment lors de préadolescence) et qui vise à protéger les images parentales des désillusions inévitables que l'enfant vit à l'égard. Freud discerne deux stades à ce roman familial : un stade asexué concernant les deux parents avant la connaissance des processus sexuels de la procréation et un stade sexuel concernant surtout le père, une fois cette connaissance acquise. Quoiqu'il en soit, il s'agit toujours pour l'enfant de prendre une distance par rapport à ses parents réels en s'inventant des parents imaginaires idéalisés (rang social plus élevé, par exemple) c'est un mécanisme de refus de la réalité assez voisin de celui que l'enfant met à l'œuvre pour dénier la différence des sexes. (Bernard. G, 2006 p 39).

Les complexes familiaux : En 1938, à la demande de H.Wallon, J. Lacan écrit un article pour l'encyclopédie française intitulé les complexes familiaux dans la formation de l'individu : essai d'analyse d'une fonction en psychologie cet article était destiné au tome VIII de l'encyclopédie consacré à la vie mentale où il prenait rang au titre de la famille dans une

série où suivaient l'école et la profession. Ce texte peut être considéré comme un précurseur de l'enseignement de Lacan en ce sens que la famille est appréhendée d'emblée comme structure dans l'ordre de la culture et cet accent mis sur le plan social vaut comme une préforme du symbolique dont la notion viendra ultérieurement. La famille humaine y est décrite comme une institution qui « privant dans la première éducation, la répression des instincts et l'acquisition de langue justement nommée maternelle » pour Lacan, le complexe est objet d'étude analytique en ce qu'il représente un « facteur concret de la psychologie familiale » et selon lui, la recherche psychanalytique « quand elle s'exerce sur les faits de la famille comme objet et circonstance psychique, n'objective jamais des instincts, mais toujours des complexes ». (Bernard. G, 2015, p132).

2-2-Structure de la famille :

Minuchin a dégagé la notion de structure de la famille pour rendre compte du fait que les interactions familiales n'étaient nullement le fruit du hasard, mais au contraire s'avéraient extrêmement structurées dans leur fonctionnement intime.

Tout se passe comme si chaque famille possédait son propre canevas pré organisé à partir duquel se jouent toutes les interactions dans et au dehors d'elle. Cette « structure » n'est pas du même ordre de réalité que les membres de famille.

Il existe au sein de chaque famille des configurations transactionnelles particulières, qui reflètent des règles précises de fonctionnement. (Karine et Albernhe .T, 2004, p59).

3-La parentification :

Le moment où il devient parent est un moment important dans la vie d'un être humain. Chaque parent sait pour l'

Avoir expérimenté, que le jour où il a la responsabilité de la vie d'un enfant quelque chose en lui a changé. De toute évidence non seulement « la maternité constitue la ligne de démarcation entre l'enfance et l'âge adulte », mais la paternité aussi .cela se passe du jour au lendemain, bien que l'on ait eu neuf mois pour s'y préparer et en dépit de ces neuf mois, les

repères les plus surs vacillent, car on est devenu soudainement et fondamentalement quelqu'un de déférent. (Gérard. P, 2001, p71)

La parentification est un moment, un risque essentiel de toute relation, elle sera de moins en moins considérée comme pathologique ou provoquant une relation dysfonctionnelle, au fur et à mesure du développement de l'œuvre, elle deviendra une ressource majeure au cœur de la thérapie.

Le processus de déparentification mobilise la capacité de l'enfant à donner. Le parent rappelé à sa vulnérabilité devant l'évidence des contributions de l'enfant peut officiellement recevoir de celui qu'il croyait protéger d'une faiblesse.

Il gagne, alors, une validation humaine en rendant grâce à son enfant, sans s'épuiser artificiellement dans des rôles parentaux plaqués.

Cheminons davantage encore dans la notion, en 1966, l'enfant parent fié, « désigné pour ce rôle, est habituellement celui qui a montré le plus de capacité à éprouvé de l'empathie pour les besoins de ses parents ». Le lien s'inaugure autour du fonctionnement psychique de l'enfant : « l'enfant qui du fait de sa constitution a moins de défense peut assumer le plus facilement un rôle non autonome. » Ainsi, les protagonistes familiaux s'attribuent les uns aux autres les rôles des objets intériorisés.

Les appétits possessifs inconscients peuvent être de l'ordre d'un « besoin global d'avoir quelqu'un comme objet captif dans une relation ». Il s'agit de faire que l'autre s'adapte constamment et unilatéralement au besoin d'un objet complémentaire spécifique et « d'avoir un objet captif offrant des attitudes positives d'objet et de sujet aimant ». (Boszormenyi .N 2005, p219, 220)

La parentification féminine la parentification est couramment décrite à partir d'une population féminine. Pour certains chercheurs, le fait qu'elle concerne davantage les petites filles ou les femmes semble une sorte de postulat de départ. Pour d'autres, cela suscite un questionnement.

Carter et Mcgoldrick (2004) évoquent le poids des présupposés sexistes sur la littérature traitant du développement. D'après elles, la séparation et l'autonomie sont depuis toujours considérées comme les valeurs primordiales du développement masculin, tandis que les

valeurs de soin, d'attachement, d'interdépendance, de relation et d'attention au contexte sont perçues comme liées au développement féminin.

Or, l'évolution harmonieuse de chaque individu est bien entendu liée à la recherche d'un équilibre entre ces deux pôles. Carter et Mcgoldrick s'étonnent que les femmes ayant théorisé sur le développement n'aient pas remis en question ces présupposés, pas même, les féministes.

Jurkovic (1977) souligne lui aussi que les pratiques de socialisation au sein de la culture américaine, dominante, comme dans de nombreuses autres cultures, sont liées au sexe de l'enfant. On apprendrait aux filles à organiser leurs comportements, leurs objectifs et leur personnalité autour de la prise de responsabilités relationnelles et de soins apportés aux autres. (Stéphanie. H, 2013, p41).

4- la filiation :

La filiation évoquer le thème de la famille nous oblige forcément à parler de la filiation ; d'une manière générale, la filiation « est un concept psychosocial qui a trait à l'adhésion et à la participation d'un sujet par rapport à un groupe ».

Selon J.Revel(1998), la filiation est une relation biologique et affective qui lie un enfant à sa mère (filiation maternelle) ou à son père (filiation paternelle), et qui n'a pas de trait à la relation juridique à moins que ce fait s'établisse. Il ya différents types de filiation, à savoir la filiation légitime, la filiation naturelle et la filiation adoptive.

Ainsi, la filiation légitime est celle qui s'établit entre l'enfant et les deux parents mariés la filiation naturelle est celle qui s'établit entre l'enfant et ses deux parents, qui ne sont pas mariés, pouvant celle-ci être unilinéaire au cas où l'enfant serait, du point de vue légal, lié à un seul des deux parents, ou bilinéaire, si la relation s'établit, nécessairement et de façon séparée, dans le cadre de la garde conjointe, soit la garde des deux parents.

S'affilier avec les mères la problématique de famille incestueuse est classique et nous permet d'aborder un point particulier, celui de la place des mères dans le processus d'accompagnement, en effet, notre pratique clinique nous apprend combien il est fondamental, dans une famille ayant fonctionné sur un mode relationnel autorisant l'inceste, il

est opérationnel de s'appuyer sur les mères dans le processus de réparation psychique. (Chantale P et Jacqueline I, 2001, p 49)

La filiation naturelle en l'absence d'une relation conjugale entre les parents, la filiation naturelle peut-être Adultérin, au cas où l'un des deux parents serait marié à une tierce personne, ou incestueuse au cas où le mariage des parents serait interdit en raison d'un empêchement qui serait associé à leur lien de parenté ou d'alliance. Il y a aussi la filiation adoptive qui représente un lien artificiel créé par une décision judiciaire. Qui peut être complète, dans laquelle la filiation d'origine est remplacée par une nouvelle filiation irrévocable, qui fait en sorte que l'enfant ait les mêmes droits et les mêmes devoirs que ceux d'un enfant légitime, bien comme le nom de la famille adoptive ou simple, étant alors révoquant et permettant que l'enfant garde le contact avec sa famille d'origine et de la famille adoptive. (Oliveira. P, 2010, p25)

La famille ne parvenant pas toujours à trouver un substitut maternel, donc ces enfants vont être placés dans des institutions ou dans des foyers pour enfants assistés. (Juliette. C et Doris B, 2009, p143).

René spitz a observé l'hospitalisme dans un hospice pour enfants abandonnés, dans lequel il y avait une infirmière pour huit à douze bébés. Les besoins corporels y étaient satisfaits. Chaque infirmière voyait chaque enfant chaque jour : une préparait les biberons, l'autre changeait les bébés, l'autre les lavait ..., mais les soins étaient anonymes, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas de personne référent, et de ce fait aucun lien affectif ne pouvait s'établir. (Sillamy Ne, 2003, p131)

L'enfant atteint le stade de l'objet libidinal proprement dit face à une personne inconnue il manifeste des conduites appelées par Spitz « angoisse du huitième moi ». Le visage de la personne inconnue évoquerait pour l'enfant le fait qu'il ne soit pas en présence de la mère. Avec laquelle il entretient une relation privilégiée, vue par les enfants comme objet libidinal si des désordres interviennent dans l'établissement de la relation objectale peuvent apparaître les troubles psychosomatiques de la première année (troubles liés à l'alimentation, au sommeil).

une carence affective partielle fait apparaître un état de dépression anaclitique qui peut céder si la séparation avec la mère cesse dans un délai de trois à cinq mois (C. Annich et F. Winnykeme, 2004, p23).

Alors que le terme carence définit à la fois la cause de la pathologie, c'est à dire l'environnement maternel insuffisant, et l'effet lui-même, qui est le retard de développement affectif chez l'enfant ou l'adolescent, ce déficit qualitatif et/ou quantitatif peut être le fait de ruptures, séparation et placement répétitifs. Ce trouble est souvent à l'origine de troubles du comportement, du développement intellectuel, physique et de la scolarité. (Michel .G, 1993, p22).

L'opération d'affiliation ou d'accommodation a pour objectif de réduire la distance entre la famille et le thérapeute. Minuchin explique que ce dernier doit littéralement se « fondre » dans la famille.

Il s'agit donc d'une alliance fraîche forte avec la famille, relation particulièrement empathique qui inspire confiance et permet de pénétrer sans danger apparent dans le fonctionnement du système. Lors de ce premier temps de prise en charge, le thérapeute cherche à s'imprégner le plus fortement possible du fonctionnement de la famille, sans remettre en cause celui-ci, de quelque façon que ce soit. (Karine et T. Albernhe, 2004, p 61,62).

Les conditions de la filiation par les parents et l'enfant « se familiarisent » la familiarité établit la famille, faisant des parents des « autres » qui sont aussi des « même » pour l'enfant.

L'identification, canevas du lien spécifique qui fait la filiation trame entre eux « l'identification »leur« différence »génération. (Flavigny .C, 2011, p 23).

La filiation est un pacte tacite et mutuel qui, de part et d'autre, soude le lien :tu es mon père, tu es mon fils, elle fait l'axe même de la relation parent-enfant, car, de part et d'autre elle oblige. Il s'agit de l'engagement de responsabilité du parent à l'endroit de son enfant, et du respect de l'enfant à l'endroit de ses parents ; d'autant que « filiation oblige » aux deux sens liés de l'expression allant de pair, aussi essentiels l'un que l'autre.

D'abord, la filiation oblige au sens de : vous êtes mon obligé. Et de fait, c'est la reconnaissance mutuelle qui constitue la relation, du père au fils et du fils au père (je privilégie l'exemple de la relation père –fils pour la clarté de l'exposé).il gratifiant pour le père d'avoir un fils dont il puisse dire :c'est mon fils il y a la une fierté.et il est gratifiant pour le fils d'avoir un père dont il puisse dire ;c'est mon père ;là aussi il y'a une fierté. (Flavigny. C, 2011, p 49).

5-Les interactions parents/enfants :

Hartup (1998) ,souligne que ,pour que se réalise un développement social optimal de l'enfant, deux types de relations sont nécessaires et que l'une ne peut compenser les effets de l'autre ;les relations parent –enfant, relation verticale se caractérisant par l'asymétrie des compétences et des pouvoirs existants entre l'adulte et l'enfant et l'enfant et ses Parents, relation horizontale, car symétrique, c'est-a-dire,marquée par la réciprocité des compétences et des attentes de l'un des partenaires par rapport a l'autre . (Cartron. A et Winnykamen .F, 2004, p36).

5-1- La relation entre un père et son enfant débute bien avant la naissance de ce dernier .en effet, le moment ou' l'homme découvre qu'il va être père d'un nouvel être est unique et par conséquent, fait place a de multiples émotions et constructions mentales singulières.

Les réactions ayant trait à la prise de conscience de cette nouvelle réalité qui s'approche sont déterminées par la façon dont l'individu a vécu sa propre enfance par les relations qui se sont donc établies avec son père et avec sa mère (Dodson .F ,1975)

Le processus lie au fait de devenir père suscite, des processus psychologiques complexes qui se caractérisent par trois moments décisifs. Le premier moment , qui correspond a l'annonce de la paternité , implique la mise en œuvre de processus de constructions mentales , de remémorisation et de symphthmatisation (couvadasyndrom ou syndrome de couvade).le deuxième moment ,qui correspond a la naissance du bébé ,oriente les constructions mentales selon le sexe de l'enfant .

Le troisième moment survient lors des premières manifestations relationnelles entre le père et l'enfant. (Hurstel. F et Parvesal. G.D ,2000)

La relation entre l'enfant et le père est fondamentale pour le développement personnel de sujet psychologique. La relation entre le père et la mère et leurs rapports avec l'enfant avant même la naissance de leur fils conditionnent en grande partie les croissances du nouveau-né.

Selon une étude de Yarrow et collaborateurs (1984), les pères passent le double du temps total (en étant seuls), consacré à l'interaction, à jouer avec leurs enfants âgés de 6 à 12 mois (43% et 44 % respectivement) que les mères (16% et 19% respectivement).

Les mères passent la plupart du temps dont elles disposent à réaliser des tâches associées à l'acte de prendre soin du bébé (des tâches alimentaires et des tâches consacrées à l'hygiène de l'enfant), domaine dans lequel les hommes participent beaucoup moins (Rendina .L et Dickerheid .J.D, 1976 et Yarrow et al, 1984)

De cette façon nous constatons qu'il existe des différences significatives en ce qui concerne les styles d'interaction paternelle et maternelle, dont les origines sont difficiles à déterminer. Elles peuvent s'expliquer par le biais de facteurs biologiques (inhérents aux différences déterminées par le sexe de l'individu et qui prédisposent, par conséquent, la mère et le père à assumer certaines tâches de manière différente) et/ou de facteurs sociaux (qui s'établissent à partir des rôles sociaux de l'homme et de la femme qui influencent la réalisation de certaines tâches parentales. (Oliveira. P, 2010, p 34, 35)

5-2-la relation entre la mère et l'enfant va se modifier, ce que Winnicott décrit en distinguant trois grandes phases dans la première enfance :
-la phase de « dépendance absolue » aux soins maternels elle correspond aux cinq premiers mois. À ce stade l'enfant est en fusion avec sa mère, et plus celle-ci comprend exactement les besoins de son enfant, mieux cela vaut.

- la phase de « dépendance relative » elle est déjà amorcée dès le quatrième mois, de manière variable selon les enfants c'est au cours de cette période que l'enfant se différencie. Progressivement de sa mère il ne s'attend plus à une compréhension et à une satisfaction magique de ses besoins par la mère il devient capable d'établir une relation d'objectale et de ce fait c'est à lui de donner un signal pour appeler sa mère ,il est alors très important qu'elle

comprenne la nécessité pour l'enfant de manifester un signal avant qu'elle ne satisfasse son besoin.

– troisième phase : au début de la deuxième année, l'enfant évolue petit à petit vers l'indépendance, il affronte progressivement le monde et s'identifie à la société, parallèlement se développe la socialisation et l'acquisition du sens social. (Bernard. G, 2006, p82, 83)

5-3- Le développement du lien affectif de l'enfant aux parents

Tout comme le lien affectif des parents à l'enfant, le lien affectif, ou attachement, du bébé aux parents apparaît graduellement. Bowlby (1969) définit trois étapes dans le développement de l'attachement de l'enfant

Première étape le pré attachement ; à l'instar de Piaget, Bowlby pense que l'enfant débute dans la vie avec un répertoire de comportements innés qui l'orientent vers les autres et qui signalent ses besoins. Mary Ainsworth décrit ces comportements comme « favorisant la proximité » c'est –à dire qu'ils rapprochent les gens. Comme vous le savez déjà, le nourrisson peut pleurer, regarder dans les yeux, s'agripper, se blottir et réagir aux soins attentionnés en se laissant reconforter, cependant au début, ainsi que le mentionne Mary Ainsworth « ces comportements d'attachement sont simplement émis, sans être adressés à une personne particulière » (1989, p710).

Deuxième étape : l'émergence de l'attachement vers l'âge de 3 mois, le bébé commence à faire preuve de plus de discrimination dans ses comportements d'attachement, il sourit davantage aux personnes qui s'occupent régulièrement de lui, alors qu'il sourit moins spontanément à un étranger

Troisième étape l'attachement selon Bowlby, le véritable attachement ne se forme que vers l'âge de 6 mois, à ce stade la nature des comportements d'attachement change (Bee. H et Boyd .D, 2003, p 126).

On parle d'attachement pour caractériser le lien de l'enfant au parent, la langue anglaise permet de distinguer l'attachement du parent à l'enfant par le terme bonding.

Phénomène d'attachement lorsqu'il est séparé de son donneur de soins, le jeune enfant peut manifester des signes d'inconfort signant son attachement à ce donneur de soins. Les manifestations les plus communes de l'attachement de l'enfant au donneur de soins, et plus

particulièrement la mère, sont l'anxiété de séparation, la peur de l'étranger et la référence sociale :-anxiété de séparation pleurs, agrippement lors du départ du donneur de soins. peur de l'étranger pleurs, fousissement en présence d'un étranger référence sociale capacité de discrimination et d'adaptation aux différentes expressions faciales du donneur de soins (Clément .E et Demont .E ,2008 p91).

5-4- Les projections parentales la construction du psychisme d'un sujet est en partie issue des expériences qu'il fait depuis qu'il est tout petit lors de la rencontre avec son environnement. Il peut s'agir d'expériences corporelles au cours de l'alimentation, de l'échange des sourires, du portage, qui peuvent laisser le sujet satisfait ou insatisfait en rage ou dans la détresse. Il peut s'agir d'un environnement suffisamment stable, ou chaotique, qui empêche le sujet de se représenter le monde comme constant et fiable. Il peut s'agir de parents qui aident leur enfant à domestiquer la force de ses pulsions, ou qui au contraire vont la réprimer trop fortement, ou y répondre en miroir : « tu me tapes, je tu tapes », sans tenir compte de la déférence de maturité entre enfants et adulte. (Maurice. B, 2003, p 13).

6- La fonction parentale :

La fonction parentale est essentielle au développement de l'enfant, pour sa séparation individuation et son avenir de sujet : « l'enfant a besoin de se lier à une figure parentale, qu'elle soit réelle ou substitutive, dans laquelle il peut avoir confiance dès son plus jeune âge » (poussin, 1993, p124).

Pour Widlocher (1965), le rôle de la mère et le rôle du père sont définis dans un contexte socioculturel déterminé. Ainsi, chaque société ou chaque milieu impose aux mères et aux pères des rôles qui sont propres aux différentes cultures, alors qu'il considère la fonction maternelle et la fonction paternelle comme des éléments importants dans le développement normal et la maturation psycho affective de l'enfant.

Pour Stevens(1994), le rôle du père consiste à la créer un lien entre la famille et le social ; il parle de rôle centrifuge (vers l'extérieur) par opposition au rôle centripète de la mère (vers l'intérieur de la famille) c'est également le rôle initiatique du père allié au rôle

expressif de la mère (soutien affectif). Le lien et l'accord entre les deux parents sont alors fondamentaux.

Le père est ou devrait être celui qui assure la protection et l'individualisation puisque les pères doivent introduire à du tiers et cette fonction paternelle et cette relation est importantes pour le développement psychologique et pour la santé mentale ultérieure de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra (Mazet. p, 2004).

La figure du père a donc une influence importante au sein de la famille, il est le symbole du respect et de l'autorité, il est aussi qualifié de « père-patron » ou plutôt « le pilier de la maison », car il assume les différentes responsabilités qui concernent son foyer ont l'extérieur plus qu'à l'intérieur (Daouidi. S , 2008 .p24).

Pour Muldworf (1972) présente la fonction maternelle comme une entité comportant trois éléments la satisfaction des besoins élémentaires , la sédation des tensions, l'apport de présence et de sécurité certes, cette fonction maternelle peut être remplie par le père ou par toute autre personne, mais elle est attribuée à la mère, car elle constitue une sorte de continuité naturelle et nécessaire de la naissance.

Le père peut effectivement remplacer la mère, mais son rôle ne se limite pas à cela, on distingue une série d'éléments spécifique de la fonction paternelle.

Pour Widlocher (1965), la fonction maternelle a des fondements biologiques, mais il n'y a pas de lien existant entre la fonction paternelle et une origine biologique. Toutefois la fonction paternelle, par sa présence dans l'environnement ou se développe l'enfant, forme une base solide à la formation de la personnalité ; cette fonction ne coïncide pas toujours avec une image spécifique et dépendante du milieu culturel. Le Camus(1999) définit le père comme un « autre-que la-mère certes, mais un autre-pas comme les-autres » un autre comme objet d'affection. C'est la figure d'attachement fiable au même titre que la mère s'il est « suffisamment présent » (Zaouche .G, 1977).

Etchegoyen(1999) écrit « séparer l'enfant de sa mère, ce n'est pas le mettre à l'écart, c'est lui proposer deux figures d'attachement au lieu d'une seule » cette figure du père, par le pouvoir de sécurisation qu'elle induit, va permettre à l'enfant de vivre sans trop d'angoisse les « situations d'étrange ». (Marina. C , 2001, p17.18).

Pour R.Spitz , la mère est avant tout la représentation de l'environnement pour l'enfant :elle tient lieu de « Moi externe » et se sont les « attitudes maternelles » qui tiennent lieu dans un premier temps de réalité a l'enfant . Le nourrisson est dans un état d'indifférenciation, puis le moi va se différencier de façon autonome, c'est adire de façon non déterminée par l'inconscient. Dans cette théorie, la dyade mère-enfant est le pole organisateur du Moi de l'enfant (Bioy B, 2002, p193).

Habituellement, le père joue un rôle complémentaire à celui de la mère et possède ainsi une spécificité. Alors que le garçon tentera de s'identifier à lui et d'accaparer sa force et ses attributs virils, la fille cherchera plutôt à être désirée par lui et à le séduire. C'est à travers le lien avec le père pendant la seconde enfance que se précisera l'orientation de genre (Le Camus.J ,Labrell.F, et all ,1997,p224).

7-La fratrie :

La fratrie a fréquemment été décrite comme un laboratoire .bien que le terme scientifique et médical reflète mal l'aspect émotionnel des liens fraternels, il se prête néanmoins assez bien pour la désignation d'un lieu d'apprentissage et d'expérimentation tout à fait singulier cette particularité tient, entre autres, a sa position, c'est a dire au croisement du vertical et de l'horizontal.

Chaltiel.P et Romano.E (2004) perçoivent la fratrie comme le lieu privilégié de l'apprentissage de la symétrie et de la complémentarité. S'appuyant sur le concept de schismogenèse de Bateson, ils montrent comment la tension schismogénétique s'origine et s'apprend dans le lien fraternel, et non dans le couple comme l'a illustré l'école de Palo Alto.

Le lien fraternel étant ainsi au croisement du semblable, du différent, du commun et du distinct, il est aussi par extension un lieu privilégié de recherche d'un équilibre entre individuation et appartenance. De façon similaire au processus qui prend place a l'égard du système famille, le sous-système fraternel doit également faire l'objet d'un travail d'équilibration entre les pôles du je et du nous. (Stéphanie .H, 2013, p72 ,73).

7-1-Les relations avec la fratrie il a été démontré que plus l'attachement avec les parents est de type sécurisant plus les frères et sœurs s'entendent bien entre eux

Les relations avec les frères et sœurs Élément importants du microsystème, la fratrie joue un rôle unique dans la socialisation différent de celui des parents ou des pairs. Les bébés s'attachent en effet beaucoup à leur grand frère ou à leur grande sœur. Et plus l'attachement parent-enfant est sécurisant, plus les enfants s'entendent bien entre eux (Teti et Ablard ,1989).

Ce pendant, les conflits qui existent entre frères et sœurs peuvent aussi être un moyen de comprendre les relations sociales, car plus les enfants se développent sur les plans cognitif et social, plus les conflits tendent à devenir constructifs (Ram et Ross ,2001).

Les conflits entre frères et sœurs aident en effet les enfants à reconnaître les besoins, les désirs et les points de vue de l'autre. Ils permettent ainsi à l'enfant d'apprendre à tolérer la présence de désaccords et favorisent la recherche de compromis dans un contexte stable et sécurisant (Vandell et Bailey, 1992).

Ces théorisations si différentes mettent rarement le lien fraternel au premier plan. Tantôt il s'agit des effets de certaines caractéristiques du groupe fraternel sur la personnalité individuelle ou de l'influence du développement sociocognitif de chaque enfant sur l'interaction, tantôt il se conçoit comme un lien psychique établi avec un autre vécu comme un autre soi ,un semblable avec qui on établit un lien dont la nature est développement psychique du sujet lui-même; enfin, il interprété comme l'expression d'une lutte individuelle pour survivre dans un environnement commun à plusieurs.

7-2-Les rôles dans la fratrie chaque sujet contribue, à sa manière, au système auquel il appartient et à son dynamisme.

Un système a besoin, comme l'a décrit Bateson. G (1971), d'une alternance entre processus et positions et position symétriques et complémentaires, les deux s'équilibrant. Chaque organisation se nourrit donc de similarités comme de différences, et est basée sur des mouvements d'inclusion et d'exclusion, d'attraction et de répulsion. De même, chez Dessoy. E, l'organisation dynamique d'un milieu repose sur les tendances d'unité et de différenciation et sur le passage de l'une à l'autre. Ainsi, le mouvement de la vie se balance en permanence entre ces pôles.

Il en est de même au sein de la fratrie. Comme nous venons de le voir, les mouvements du sous-système fraternel oscillent entre similitude et différence, appartenance et individuation

.dès lors, les rôles dévolus a chaque membre de fratrie et de la famille vont s'articuler au sens large autour de ces pôles, afin que le système s'équilibre. (Stéphanie .H, 2013, p77).

7-3- La fratrie selon la sociologie de la famille contemporaine souligne la nouvelle force d'ancrage du lien fraternel. Face aux mutations sociales ,a l'éclatement du foyer parental , a la montée de l'individualisme se constitue de nouveaux réseaux de solidarité dans lesquels le « lien fraternel » prend une nouvelle importance (Langevin 1998) ce regain d'intérêt est aussi entretenu par les démographes qui constatent avec l'accroissement de la durée de vie la pérennité du réseau fraternel dans le développement de nouvelles pratiques sociales du « troisième âge » où le lien fraternel reprendrait une densité particulière (Baudier .A et Céleste.B , p126).

7-4-la vie fraternelle stimule la pensée et les apprentissages, facilite l'adaptation a l'environnement et aide a savoir se comporter en face des adultes .le groupe des frères et sœurs opère une régulation des relations en fonctionnement comme tiers ,en contraignant ses membres a s'écouter a partager ,être solidaires a savoir garder un secret. Au prix d'un déni partiel des désirs inconscients, il peut canaliser l'hostilité, la rivalité, renforcer l'autonomie et l'identité individuelles. (Claudie. B, 2010, p23).

7-5- Le complexe fraternel : complexe entendu comme « structure fondamentale des relations interpersonnelles et la façon dont une personne y trouve sa place et se l'approprie ». Pourrait rendre compte de ce travail psychique qui consiste a se désengluer de cette représentation inconsciente d'autrui comme personne a laquelle on s'identifie, que l'on admire, que l'on s'approprie, que l'on construit a l'intérieur de soi en fonction de ses désirs ou de ses haines ,de façon très narcissique, et a reconnaître autrui comme ayant sa propre réalité, une réalité extérieure au sujet et indépendante de lui. Le lien à un autre être humain est toujours dense et complexe. (Claudie .B, 2010, p 24, 25).

8-La jalousie des enfants :

Les enfants présentant le plus de signes de malaise dans les situations triadiques quand ils sont exclus s'avèrent peu capables de s'intéresser aux autres jouets, mais organisent leur comportement en direction de la dyade fonctionnant (prennent le jouet de leur frère, cherchent à attirer par tout moyen l'attention du parent). Cette liaison (émotion comportement) est particulièrement forte chez les aînés. Par ailleurs, les deux triades familiales (avec le père et avec la mère) apparaissent relativement indépendantes...la qualité de l'attachement, l'entente parentale apparaissent aussi facteurs explicatifs du dysfonctionnement comportemental « jaloux » des enfants.

Rufo (2002) souligne les effets formateurs de la jalousie fraternelle qui permet à l'enfant de se dépasser et de se construire.une jalousie normale normal aussi bien de l'aîné vis-à-vis du cadet que de ce dernier à l'égard de l'aîné et de reflet de l'ambivalence des sentiments ressentis. Son intensité est souvent supportable, en liaison avec l'intelligence des enfants et leur tolérance à la frustration. (Baudier .A et Céleste .B, 1997.p127).

Synthèse

La principale caractéristique de l'enfant est d'être « en croissance » d'être « en devenir» ce développement a toujours lieu dans un cadre déterminé, dont les caractéristiques matérielles et humaines sont liées à des facteurs sociaux, culturels, économiques géographiques .

Partie méthodologique

Problématique et hypothèses

Problématique

La famille dans sa principale fonction psychologique occupe une place prépondérante dans les processus psychiques de ses membres, aire transitionnelle, ou microcosme social, la famille est le lieu naturel et/ou culturel où l'enfant paraît. Nouée à un axe transgénérationnel et intergénérationnel et structuré selon des lois, des règles et frontières, elle est le point d'ancrage ou convergent l'intrapsychique (l'inconscient, l'archaïque) l'individuel (le psychologique et l'interrelationnel) et le collectif (Hiram .Y , 2003).

Ce mot famille implique donc, continuité et différenciation, seul groupe où nous retrouvons des liens d'alliance, des liens de filiation et de fraternité qui est organisé par les règles d'exogamie et de l'interdit de l'inceste ainsi que l'interdit du parricide et d'infanticide et ces règles participent selon Granjor E. (2005) au contrat fondateur (pacte d'alliance du couple) social , juridique, mais aussi contrat psychique.

Mais si cette famille peut offrir un lieu de sécurité, elle est parfois aussi un terrain de souffrance où l'individu (l'enfant) ne trouve ni, espace ni possibilité d'autonomisation, alors les liens familiaux sont mis à mal et difficultés d'unions ou d'échanges entre les membres d'une famille viennent dire la souffrance à être ensemble et l'impossibilité à se séparer.

Le milieu familial, pour avoir un effet bénéfique, doit présenter des qualités multiples, dont notamment celles de stabilité et cohérence du cadre familial, d'équilibre et de chaleur affective des échanges et des liens, de valeur de l'éducation dispensée et des modèles comportementaux offerts.

Le cadre familial peut aussi être considéré comme le milieu psychosocial et culturel qui préfigure pour l'enfant la société dans laquelle il aura à s'intégrer et à jouer son rôle particulier. Protégé par un entourage sensible à sa fragilité et à sa faiblesse, et attentif à ses besoins, l'enfant peut fonctionner et s'organiser à l'abri des menaces les plus graves et selon son rythme propre. Il peut vivre, expérimenter, apprendre, entrer en interaction avec le milieu matériel et humain ; il peut s'initier et se laisser initier, sans trop de péril, à la variété des situations, à la diversité des rôles et des fonctions, à la multiplicité et à l'intensité des sentiments et des relations, à la gamme des activités et des connaissances.

Dans le développement d'un processus pathologique, la famille joue un rôle fondamental, tout autant que dans le développement dit normal. Les diverses expressions du mal-être de l'enfant : Les troubles des acquisitions, surtout à partir de l'entrée à l'école maternelle, sont les troubles psychopathologiques qui mobilisent le plus les familles pour des

consultations (retard de langage, a s'organiser pour une tache...) (Myriam. B. 1999, p80) modèles explicatifs du déficit dans les habilités social : Bandoura (1976) a insisté sur le rôle particulièrement important de l'observation dans le fonctionnement psychologique.

Nos capacités symboliques nous permettent l'acquisition d'un grand nombre de comportements sans qu'ils aient une traduction immédiate sur le plan moteur. Ainsi Bandoura fait la distinction entre acquisition et performance d'un comportement un comportement peut être appris par observation ou modelage, les individus étant capable d'apprendre a partir de l'observation d'exemples lorsqu'on s'intéresse au problème du manque d'assertivité, cette distinction est tout à fait utile : elle permet de distinguer les sujets qui présentent un défaut d'apprentissage des habiletés sociales et ceux qui, les ayant apprises, ne parviennent pas a les adopter dans certaines situations.(Gerge. G et Véra. L, 2003, p7).

Aussi le problème de l'énurésie. Qui est l'incapacité pour l'enfant de retenir ses urines après la limite d'âge de l'incontinence (généralement après trois ou quatre ans) .L'enfant fait « pipi au lit » (on parle alors d'énurésie nocturne) , et/ou « pipi dans sa culotte » (énurésie diurne),ce l'entraîne des difficultés d'adaptation a l'école et a la maison l'énurésie peut être temporaire , liée a une période ou l'enfant est angoissé ou dans s'inscrivant dans le quotidien du fonctionnement familial. (Mareau. C et Dreyfus. A.V, 1010. p78).

Énurésie est une Miction répétée, involontaire, le plus souvent nocturne, chez l'enfant de plus de 5 ans. Liée à une défaillance fonctionnelle du système contrôlant la contention et l'évacuation vésicale, cette miction est normale dans son déroulement physiologique. Énurésie « primaire » : non précédée d'une période de continence urinaire d'au moins un an.= forme la plus fréquente (75% à 85%). Énurésie « secondaire » : période antérieure de continence urinaire supérieure à 1 an. Commence habituellement entre 5 et 7 ans. Événement déclenchant souvent retrouvé. (Sibertin. B .D, 2008. p62).

Un événement de vie peut provoquer une énurésie, encore plus s'il survient au moment habituel de l'acquisition de la propreté. Il s'agit le plus souvent d'énurésie secondaire.

Certains facteurs socioculturels risquent de favoriser la persistance de l'énurésie éducation de la propreté inadéquate par sa rigueur, situations relationnelles trop fusionnelles ou trop distantes, ambiances génératrices d'anxiété.

L'énurésie nocturne secondaire est listée, parmi les troubles, psycho comportementaux post opératoires retrouvés chez l'enfant âgé de 3 ans. (Martine. S, 1997. P 51).

L'enfant séparé de sa famille est susceptible de souffrir de troubles graves sans rapport avec une quelconque maladie physique. mais qui reviennent a l'absence d'une figure maternelle stable et sécurisante .ces troubles sont appelés « carences affectives » Le carence affective indique un manque en apport émotionnel, affectif ,social et cognitif, ceci implique que l'enfant ne manque pas seulement d'affection, mais il manque de stimulation sensori-motrice , intellectuelle ,sociale , ce qui bloque l'élan a l'interaction et empêche le développement des « compétences sociales (Montagner. H, 1998) sur lesquelles vont s'établir les acquisitions sociales, affectives et cognitives.(Moutassem .M .B, 2008. p 68).

Les questions qu'on se pose sont les suivantes :

Est-ce que la qualité des échanges affectifs familiaux influe sur l'énurésie chez l'enfant âgé de 6 à 9 ans ? -

Hypothèse générale :

-Les échanges affectifs familiaux à l'impact sur les enfants énurétiques.

Hypothèse partielle :

- un bon échange affectif familial influence positivement sur les enfants énurétiques.

- un mauvais échange affectif familial influence négativement sur les enfants énurétiques

Chapitre IV :
Méthodologie de recherche

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons présenter la démarche méthodologique et les techniques de recherches utilisées pour affirmer ou infirmer les hypothèses que nous avons présentées dans notre problématique.

1- Définition des concepts clé :

-l'énurésie : est une manifestation a qui nomme tendance antisociale, trouble du comportement caractérisé par des manifestations d'indifférence a l'égard des normes sociales et droit. (Winnicot. D).

-L'Affectivité : c'est les émotions consistent essentiellement en systèmes d'attitudes qui ,pour chacune, répondent a une certaine espèce de situation .attitudes et situation correspondante s'impliquent mutuellement, constituant une façon globale de réagir qui est de type archaïque et fréquent chez l'enfant, l'émotion est tout particulièrement apte a suscité des réflexes conditionnels, sous leur influence , elle peut souvent paraître en opposition avec la logique ou l'évidence Ainsi se constituent des complexes affectifs irréductibles au raisonnement. Elle donne aux réactions une rapidité et surtout une totalité qui conviennent aux stades du l'évolution psychique et aux circonstances de la vie ou la délibération interdite Les influences affectives qui environnent l'enfant dès le berceau ne peuvent qu'avoir sur son évolution mentale une action déterminante. Non pas qu'elles créent de toutes pièces en lui ses attitudes et ses façons de sentir, mais précisément, au contraire parce qu'elles s'adressent. (Wallon. H, 2003, p123, 124).

2) l'opérationnalisation des concepts

- **L'énurésie** : se définit comme l'émission active complète et non contrôlée d'urine une fois passé l'âge de la maturité physiologique habituellement acquise 3 à 5 ans.

-L'affectivité

Désigne le caractère des phénomènes dits affectifs, l'ensemble des sentiments et des émotions, et la faculté d'éprouver, en réponse à une action quelconque sur notre sensibilité, des sentiments ou des émotions.

3-la démarche de la recherche et ses objectifs

Dans le cadre d'une consultation extra institutionnelle l'enfant doit être accompagné par ses deux parents, car l'absence de l'un des deux peut nous conduire à des fausses interprétations des observations retenues. Ainsi que cette consultation avec les parents va nous permettre à recueillir des informations sur l'enfant. il est indispensable que le cabinet du psychologue soit équipé d'un matériel de jeux, et d'informer l'enfant et ses parents du motif de notre consultation (avoir une idée sur le degré de la maturité affective et relationnelle de l'enfant).

Les objectifs de choix du thème

- l'énurésie est un sujet d'actualité.
- L'importance de la famille et les échanges affectifs pour les processus de développement.
- le taux de trouble de l'énurésie est très élevé en Algérie
- les échanges affectifs familiaux sont la source de la santé psychique de l'enfant
- l'énurésie est un problème qui touche la famille en générale et touche l'affectivité de l'enfant en particulier.

4-La méthode de recherche adoptée :

Dans notre travail actuel on est optée pour une méthode clinique descriptive c'est à dire on décrit juste les cas, sans y accéder au une analyse profonde.

5-lieux de la recherche

Nous avons effectué notre stage au niveau du « l'UDS IBN SINA » situé à Bejaia

Sa superficie très vaste qui dispose d'un elle dispose cabine de médecin généraliste d'un cabinet de dentiste, d'un bureau pour le psychologue clinicien d'une salle de soins , deux salles d'attente ,deux sanitaires , d'un bureau pour le secrétariat.

Avec l'effectif personnel un psychologue clinicien permanent, trois psychologues cliniciens pré emploi, un secrétaire, un médecin généraliste, deux dentistes

6- présentation de la population d'étude :

Notre population d'étude se compose de 08 cas :

Sélectionnés à l'aide du psychologue de l'UDS. Le consentement des parents des enfants énurétiques était la seconde étape à réaliser, ces derniers avec leurs enfants ont accepté de participer à la recherche.

Notre population d'étude a été sélectionnée en respectant certaines caractéristiques, le choix de la tranche d'âge est situé entre 6 ans -9 ans. Selon les critères suivants :

L'énurésie : se définit comme l'émission active complète et non contrôlée d'urine une fois passé l'âge de la maturité physiologique habituellement acquise 3 a5 ans. Avant 5 ans ne peut pas distinguer un trouble d'énurésie et après 9 ans on peut dit qu'on est loin de contexte enfant.

1- Les critères d'homogénéité retenus

- enfant ayant la tranche d'âge entre 6 à 9 ans
- enfant ayant une énurésie primaire ou secondaire

- enfant n'ayant pas de trouble organique
- enfants ayant une énurésie nocturne ou d'urne ou nocturnes et d'urne en même temps
- enfant ayant de trouble psychologique
- la même prise en charge pour tous les enfants
- la même période et enchainement

2-Les critères non pertinents pour la sélection : le sexe de l'enfant

3-les informations générales relatives aux participants à l'étude (08 sujet d'enfants énurétiques) sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Les cas	Leurs âges	Le sexe	Type d'énurésie
Rachid	8 ans	garçon	Secondaire
Widad	9 ans	Fille	Secondaire
Nassim	7 ans	garçon	Primaire
Farid	6 ans	garçon	Secondaire
Hamza	8 ans	garçon	Secondaire
Siham	8 ans	Fille	Secondaire
Samira	7 ans	Fille	Secondaire
Madjid	7 ans	garçon	Primaire

7- Les techniques de recherche utilisées

7-1- Entretien clinique

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines et sociales ; c'est notamment le cadre de la

psychologie clinique. la recherche dans ce domaine a pour objectifs de créer des nouvelles connaissances de les généralisations. (Bénony. H et Chahraoui. K, 2015, p61).

L'entretien avec le patient et/ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il n'est pas la seule méthode d'évaluation et même s'il peut être complété considérablement par d'autres, telles que l'observation (en milieu naturel à l'hôpital, etc.) l'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (Chahraoui .K et Bénony. H, 2013).

7-1-1- Guide d'entretien

Le chercheur clinicien dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et qui intervient dans une institution au titre de la recherche.

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un Guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview » (Blanchet. A, 1992). Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets ; elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que l'information ne soit pas inductive. (Blanchet. A, 1985).

Notre guide d'entretien qui structure la conduite de notre recherche, contient trois axes (voir annexe A)

Axe I : information sur la relation affective.

Axe II : histoire du trouble de l'énurésie.

Axe III : le comportement de l'enfant envers l'entourage.

7-1-2- l'entretien clinique semi-directif

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; elles sont posées en même temps que l'entretien clinique (à la fin d'une séquence d'associations). Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le

clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui. K et Bénony. H, 2003).

Nous avons choisi l'entretien semi-directif, pour compléter le recueil des données avec l'observation clinique

7-2-l'observation clinique de recherche

Pour Pedinielle (2012) et Chahraoui et Bénony (2003) , l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé » Le champ de l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales , les interactions, dans leur référence à la subjectivité. L'accent est mis sur la singularité de la personne et l'analyse de l'influence de l'observation sur l'observation. Les conduites sont des productions significatives d'un sujet, elles expriment sa vie psychique telle que l'observation de ce qu'il voit et de ce qu'il l'entend (clinique du regard et de l'écoute) .toutefois, la référence a la subjectivité, a la relation entre l'observateur et l'observé remet en cause la stricte opposition entre sujets et percevant et objet perçu. (Pedinielli .J.L et Fernandez. L, 2015, p 11, 12).

L'observation clinique telle qu'elle sera modélisée concerne l'observation dans le champ de la psychologie clinique référée au corpus théorique de la métapsychologie psychanalytique. On peut dire que l'objet de l'observation clinique est avant toute la réalité psychique. La perspective de la psychologie clinique s'ouvre dès lors que l'on conçoit le psychisme comme une réalité. (Ciccone .A, 2006, p57).

L'observation clinique inclut l'observation des symptômes et des signes pathologiques. L'observation participant agit donc sur le terrain, pour la plupart du temps en tant que membre fictif du groupe étudié.

Cette position de participant-chercheur est à l'origine d'une tension qu'il doit contenir : celle d'être à la fois impliqué dans la situation et distance. La rupture nécessaire a la prise de distance n'a pas lieu a l'extérieur, dans le dispositif, elle a lieu et doit être contenue a l'intérieur de l'observateur lui-même. Et nous verrons, lorsque nous aborderons l'observation

directe en psychologie clinique, l'état d'esprit, la discipline et la rigueur que suppose cette exigence. (A.Ciccone. 2006, p33).

Les axes de notre grille d'observation sont ainsi :

- les attitudes de l'enfant énurétique vers son entourage familiale
- les attitudes de la famille vers son enfant énurétique
- les attitudes de l'enfant vers son énurésie

7-3-le calendrier mictionnel

Ce calendrier constitue comme une grille d'observation pour notre travail de recherche au près des enfants énurétiques.

nous avons demandé aux parents que leurs enfants entretiennent un calendrier mictionnel qui consiste à noter chaque jour les fréquences d'urine pendant la nuit, si l'enfant a uriné la nuit il mettra une croix dans la case nuage et si c'est le contraire il mettra une étoile dans la case soleil. (voir annexe C).

8-le déroulement de la pratique

8-1--La pré enquête

Notre pré enquête, guidée par le psychologue de l'UDS. Nous a permis de réaliser le modèle catégoriel qui est représenté en conduite, le modèle dimensionnel qui représente par le symptôme clinique. Et de prendre constat avec les enfants énurétiques et leurs parents puis ce la d'une part et d'autre part effectuer un certain nombre d'observations sur le terrain (les attitudes des enfants face à leur énurésie, les conduites éducatives des parents, les relations parent-enfant, l'attitude des parents face à l'énurésie de leurs enfants).

En générale de cette façon, la pré enquête nous a permis de la prévention de cerner le cadre de notre recherche la démarche a adopté et explorer le problème à étudier afin de connaître les obstacles éventuels qui on peut rencontrer avant de commencer notre enquête.

En se référant aux pôles théoriques et l'orientation du psychologue de l'UDS, Ainsi que la rencontre des parents des enfants énurétiques nous avons vu expliqué notre thème de recherche et nos objectifs, avec l'aspect confidentiel ou coopératif de notre travail ou les parents se sont montrés confiants à mener leurs enfants à guérir.

8-2- Déroulement de l'enquête

Après avoir fait la pré enquête nous sélectionné notre groupe d'étude pour distinguer les personnes ou l'individu, le patient ou le sujet de la recherche et les caractères relatifs à ces individus,

Le psychologue clinicien de l'UDS a convoqué les parents des enfants énurétiques dans son bureau pour avoir leur consentement après avoir, eu le consentement de ces dernières, on a procédé à l'établissement de l'anamnèse et l'entretien semi-directif au près des parents et leurs enfants. On a d'abord un entretien dans le bureau du psychologue clinicien avec les parents en suit un entretien avec les enfants.

Synthèse :

La méthodologie est une étape très important dans la recherche, notre étude est porté sur l'étude de cas qui fait appel à l'entretien et l'observation clinique, ces derniers vont nous permettre de décrire et d'analyser l'histoire de l'énurésie de chaque cas.

Partie pratique

Chapitre v :
Présentation, analyse et discussion des
résultats

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats :

Préambule :

Dans cette partie, nous allons présenter et analyser les données recueillies à travers les techniques utilisés durant notre recherche, pour passer ensuite, à la discussion des hypothèses émises.

1- Présentation et analyse des résultats des cas :

1-1-le cas de Rachid :

1-1-1- Présentation de cas :

Rachid est un garçon âgé de 8 ans, il est scolarisé en 3^e année primaire, issu d'une famille de très bon niveau socio-économique, Rachid est le plus jeune d'une fratrie de 7 membres ,3 garçons et 4 filles. Son père âgé de 50 ans est un professeur universitaire, sa mère de 37 ans étudie l'informatique.

Rachid a acquis la propreté à l'âge de 2 ans, et fait la circoncision à l'âge de 5 ans, le déroulement de cet événement passe dans des circonstances confuses, bref sa circoncision génialement mal passée. À cause du manque de l'expérience des médecins, il a par la suite subi une intervention chirurgicale délicate

Juste après cet événement l'enfant atteint ce trouble de l'énurésie, après 3 ans d'acquisition et de cesser de faire pipi au lit la nuit, bien que la propreté diurne est toujours acquise pendant la journée.

Rachid est décrit par ses parents comme étant un enfant très timide, il a été scolarisé à l'âge de 4 ans à la classe préparatoire, et classé parmi les brillants élèves.

Rachid est très attaché à sa famille notamment sa mère .mais après tout il devient extrémiste, et isolé de tout le monde.

1- 1-2- résumé et Analyse de l'entretien avec la mère :

Rachid est venu d'abord pour consulter le médecin généraliste de l'UDS, pour sans problème de l'énurésie, il s'accompagné de ses deux parents.

Après que le médecin généraliste ait fait les examens médicaux nécessaires, il a conclu qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il fallait consulter le psychologue clinicien de l'UDS pour une prise en charge.

Rachid à vécu sa première enfance sans aucun antécédent à déclarer. Selon les deux parents, Rachid tout à fait changé depuis sa circoncision, il manifeste un trouble de comportement, même un sort d'agressivité Enver tout sa famille

Rachid est fixé de cet événement même si, ne supporte plus de voir les photos et les vidéos de sa fête de circoncision.

Il fait des cauchemars comme une série des transformations aux événements de la circoncision, sa qualité de sommeil devient très légère, un tout petit bruit peut le réveiller.

Il manifeste des troubles hystérisiformes (cette forme d'hystérie), tels que l'évanouissement.

1-1-3-Tableau histoire de l'énurésie de Rachid :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire		×
Sémiologie secondaire	×	
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-1-4-Résumé et analyse de l'observation :

La maman aime beaucoup son fils Rachid, elle passé une grossesse et l'accouchement normal, Rachid est un enfant désiré par ses deux parents, selon les deux il a porté de bonheur a toute sa famille qui l'aimé beaucoup de puis sa naissance.

Ses parents, apparus prête, et disposés faire des miracles pour, leur enfant.

Pendant la consultation est apparu effroyable, torture, Il ne nous donne aucun sort de confiance, ou d'acceptation.

Il jeux d'une façon pathologique c'est ce qui attire l'attention des autres.

1-1-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Rachid :

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/7	7/7	7/6	7/5	7/7	7/4	7/4	7/4	7/2	7/2	7/3	7/3

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Rachid est 7/7, c'est-à-dire qu'il urine chaque jour et c'est rare qu'il y ait des nuits sec.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui consiste à confronté Rachid à ses peurs, avec des exemples vécus et de lui expliquer l'importance de la circoncision, de coté sanitaire, religieuse et social.

Ensuit de établir des nouveaux échanges affectifs, avec les parents, a fin de créer un attachement sécurisé, qui été perdue à travers la circoncision qui représente, a lui l'insécurisassions avec ses parents. En fin Les résultats de tableaux mictionnel de Rachid capable à être mieux.

Conclusion :

Quelles que soient les violences exercées par des parents a l'encontre des enfants, il est demandé aux professionnels de les accueillirent et de les aider au mieux

L'appareil psychique est protégé par le système de pas excitation, avec l'établissement d'échange affectif, on peut le formé, et on cas d'événement traumato gène, les excitations externes vont faire effraction dans le pas excitation.

1-2--Le Cas de Widad :

1-2-1-présentation de cas :

Widad est une fille âgée de 9 ans, issu d'une famille socio-économique moyenne Elle est l'avant-dernière de sa fratrie, scolarisée en troisième année primaire et elle est une très bonne élève.

Son père âgé de 42 ans est un commerçant et sa mère âgée de 39 ans travaille comme traductrice ses deux parents formé un couple extra ordinaire, très amoureux, Widad vie dans une sérénité, et un climat affectif familial formidable.

Widad est une fille sensible tranquille, elle prend soin d'elle même, elle s'habille bien et elle est toujours propre.

Elle acquit sa propreté a l'âge de 3 ans d'une façon normal et naturel, mais dés le commencement des problèmes entre ses parents ,qui bouffait avec le temps , des voix élevées , des parole blessantes ,l'enfant dans ce conflit familial ,une énurésie secondaire . Avec une mauvaise estime de soi, et un trouble total de comportement se déclarent chez l'enfant.

1-2-2-Résumé et analyse de l'entretien avec la mère :

Widad est venue d'abord pour consulter le médecin généraliste de l'UDS, pour le motif lui-même qui est l'énurésie, accompagne de sa maman seulement.

Après que le médecin généraliste à fait les examens médicaux nécessaires, il a conclu que l'enfant ne présent aucun problème organique et qu'il lui faut consulter le psychologue clinicien de l'UDS pour une prise en charge.

D'après l'entretien avec la fille on a peut déduire, qu'elle évite toujours tout sort de discours lourd, qui présente pour elle la prévention à une grande bagarre.

Ces conflits entre les parents, déduisent l'image idéale d'eux, leur abri de la paix, et de bonne rêve et rendre en concurrence avec la Foi.

Par l'intermédiaire des signaux dans le cadre de « climat affectif » entre les deux que spitz appel « la totalité des forces influençant le développement de l'enfant » c'est la répétition de la satisfaction et de la frustration dans des situations intérieures identiques, quotidiennes qui feront naître les premiers affects (Golse B, 2008, p56).

1-2-3-tableau histoire de l'énurésie de Widad :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire		×
Sémiologie secondaire	×	
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-2-4-Résumé et analyse de l'observation :

Widad depuis conflit de ses parents elle devient différente, elle manifesta plusieurs troubles de comportement, et ses pathologies.

La présence de la maman, ne permette pas a Widad d'être aise et confortable avec nous, malgré elle ya des interactions, mais en cachette. Elle semble complètement détachée de sa mère.

L'attachement insécurisé désorganisé-désorienté lequel est associé à la manifestation par le parent de comportements menaçants en présence de l'enfant Les enfants désorganisés manifestent des comportements contradictoires d'approche et d'évitement à l'endroit du parent et de l'appréhension en sa présence. Ces enfants sont ceux qui sont le moins aptes à utiliser le parent pour faciliter l'exploration et leur jeu est souvent caractérisé par des comportements incomplets et confus. (Moss.E,et Saint-Laurent D. ,2007,p4)

1-2-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Widad :

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/5	7/5	7/6	7/5	7/5	7/2	7/4	7/4	7/3	7/2	7/0	7/0

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de widad est 7/5, c'est-à-dire qu'elle n'urine pas chaque jour et qu'il y'a des nuits sec.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui mettre d'abord la responsabilité totale sur ses deux parents, en suit ils les orientent à une nouvelle construction d'affectivité et de l'arrangement, entre eux et surtout en face de Widad .

Conclusion

L'accompagnement vers un mieux-être n'est pas uniquement avec le thérapeute, mais associer avec les efforts de famille.

La nécessité pour les professionnels de repérer le mode relationnel habituellement utilisé par la famille et d'accepter d'être interpellé sur ce mode là .c'est à cette condition, et non en imposant nos points de vue, même les plus pertinents, qu'il devient possible d'apporter aux membres de la famille un soutien pour les aider à modifié leurs fonctionnements pathologiques.

1-3-Cas de Nassim :

1-3-1-présentation de cas :

Nassim est un garçon âgé de 7 ans. avec un développement corporel idéal il est scolarisé en deuxième année primaire, issue d'une famille de niveau socio-économique moyen

Nassim est l'ainé d'une fratrie de deux membres, dont une fille âgée de 3 ans. Son père de 48 ans et sa mère âgée de 41 ans.

Nassim est énurétique depuis sa naissance. Mais à part cela, il n'a jamais eu de problème de santé. Il a eu un développement normal, il n'y a pas d'antécédent d'énurésie dans la famille lui est le seul à être énurétique.

Ses parents n'ont jamais consulté de médecin pour l'énurésie de leur enfant, c'est lors d'une médicale systématique de dépistage dans son école primaire que le médecin généraliste de l'UDS a découvert son énurésie grâce à un questionnaire que les parents devaient remplir.

Après avoir fait l'examen médical, le médecin généraliste de l'UDS a conclu que l'enfant ne présente aucun problème organique et qu'il faut une prise en charge psychologique.

Les parents ont répondu formidablement a l'appel du psychologue et du médecin généraliste de l'UDS c'est la maman qui emmenait Nassim à la consultation.

Nassim est décrit par sa mère comme étant un enfant très gâté, surtout par ses grands-parents, c'est un enfant capricieux. Il est sociable et aimable de la part de tout le monde dans sa très grande famille. Il est au niveau moyen dans ses études. Il est très attaché à tout membre de sa famille sans exception, même s'il est un peu jaloux de sa petite sœur.

1-3-2-Résumé et analyse de l'entretien avec la mère :

La maman de Nassim travaille à l'école, ce qui oblige-t-elle de le mettre à la crèche et d'être loin de lui pendant toute la journée sauf le soir .et elle essaye au maximum de le récupérer avec ses émotions et sa tendresse, son affectivité.

Alors que, la famille est le premier milieu de vie de l'enfant, le lieu de ses premières émotions, de ses premiers échanges ; les membres du groupe familial sont les premiers « autres » auxquels le nouveau-né sera confronté ; c'est dans ce premier milieu que va se constituer le fondement de son organisation comportementale la durée pendant laquelle elle constitue le principal milieu d'appartenance. Certes en grandissant l'enfant intègre d'autres milieux, d'autres groupées (la crèche, l'école, des groupes d'activités sportives ou culturelles ...) il n'empêche que tout au long du développement la référence à la famille reste essentielle (Baudier .A et Céleste .B ,2010 p111) donc ce manque affectif est irrécupérable.

La maman commencé à éduqué son fils à la propreté précocement des l'âge de 14 mois, elle le mettait sur le pot pendant 30 minutes et si l'enfant n'urinait pas, elle le laissait encore un quart d'heure. Elle nous dit que ce n'était pas vraiment son choix, mais que c'était sous la pression de sa belle mère, et sa mère, qui lui ont suggéré d'adopter devindra propre rapidement.

Avec le temps Nssim na jamais acquise la propreté, et sa mère force à force et surtout avec la fatigue et la souffrance de sa tâche quotidiennes, et son travail hors de maison elle devient négligente, car elle est totalement désespérée de cette dernière.

1-3-3-tableau histoire de l'énurésie de Nassim :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire	×	
Sémiologie secondaire		×
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1- 3-4-Résumé et analyse de l'observation :

La maman aime bien son enfant mais elle savait pas que la crèche son enfant atteindre une carence affective familiale, car il est très attaché de sa famille.

L'enfant séparé de sa famille est susceptible de souffrir de troubles graves sans rapport avec une quelconque maladie physique. Mais qui revient a l'absence d'une figure maternelle stable et sécurisante.ces troubles sont appelés « carences affectives »
Le carence affective indique un manque en apport émotionnel, affectif, social et cognitif,

ceci implique que l'enfant ne manque pas seulement d'affection, mais il manque de stimulation sensori-motrice, intellectuelle, sociale, ce qui bloque l'élan à l'interaction et empêche le développement des « compétences sociales (Montagner. H 1998) sur lesquelles vont s'établir les acquisitions sociales, affectives et cognitives.(Moutassem . M.B, 2008, p68).

C'est vrai que Nassim est jaloux de sa petite sœur, mais puisqu'il n'est jamais acquis la propreté, on peut ne pas considérer que la jalousie est la cause principale de son énurésie.

D'un autre côté Nassim commence l'éducation sphinctérienne à l'âge précoce ce qui provoque chez lui une sorte de détresse et de l'insatisfaction Enver le motif même. Car selon « Danial Masculin l'énurésie se définit comme l'émission active complète et non contrôlée d'urine une fois passé l'âge de la maturité physiologique habituellement acquise 3 a5 ans ».

Selon Gesell. A « l'être humain a besoin de cette longue période pour comprendre et assimiler les structures culturelles complexes aux quelles il devra s'adaptes »

1-3-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Nassim :

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/7	7/7	7/7	7/5	7/7	7/4	7/4	7/4	7/2	7/2	7/3	7/3

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Nassim est de 7/7, c'est-à-dire qu'il urine chaque jour et c'est rare qu'il y ait des nuits sec.

La méthode de la prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en changeant la méthode de l'éducation sphinctérienne entreprise par la mère, et encadrée par l'affectivité de

sa famille, Il propose a cette dernière une attitude à adopté, un écho favorable pour la prise en charge de son enfant.

Selon le calendrier mictionnel, on constate une nette amélioration dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de Nassim. Ces premier résultats sont un peux faible, les derniers peuvent nous donner l'espoir a une amélioration.

Conclusion :

L'entretien associer avec la maman nous à permis d'augmenter la perception de la maman a l'importance de l'entourage familiale pour le meilleur développement de son enfant.

Et même de surpasser de l'éducation sphinctérienne qui est trop rigide, très précoce et aussi de régler la perturbation de la liberté sphinctérienne urétrale chez Nassim.

1-4-Cas de Farid :

1-4-1-présentation de cas :

Farid, âgé de 6 ans scolarisés en première année primaire, il est le deuxième d'une fratrie de deux enfants, il est issu d'une famille modeste, un père enseignant au primaire, et une mère aussi enseignante dans un autre primaire.

Sa famille vivre en situation socio-économique moyenne, Farid né a terme d'une grossesse désirée et attendue, l'accouchement avec césariennes suite aux difficultés pendant l'accouchement, il a été allaité au début naturel puis la maman souffre d'un antécédent médical la pousser à arrêter l'allaitement après avec le biberon, mais avec aucun trouble développement.

Farid est décrit par ses parents, trop gâté, jaloux, agressif, curieux, intelligent, bouge trop, et ne concentre plus, fils unique, il présente aussi la peur, n'arrive pas a dormir tous seul, soit avec la lumière, soit il partage la même chambre avec ses parents

Il aime a regarder des programmes télévisés déférents, mais de plus les films de la guerre, de combattre... Farid n'a jamais cessé de faire pipi au lit, la nuit bien que la propreté diurne est acquise tôt, plusieurs attitudes portées pour ses parents, menée toutes a l'échec

Alors, au vécu de Farid, face a son trouble il nous allègue un sentiment de dérangement et de honte, c'est dans cette situation que nous avons reçu Farid, qui a manifesté un grand désir de se débarrasser de ce trouble qualifié de dérangement par ses parents.

1-4-2-l'analyse de l'entretien avec la mère :

Farid est venu en consultation accompagné par sa mère pour le motif d'hyperactivité et le manque de concentration, car sa mère est presque désespéré de son énurésie après plusieurs tentatives et d'essaye du le réveiller la nuit, même si leur sommeil est léger.

Leur L'allaitement est mixte jusqu'à 16 mois, ce qui présente une perturbation de stade oral de Farid, un autre motif de déséquilibre de la relation de Farid et sa mère c'est le problème de la santé qui est provoqué par la grossesse et les difficultés de l'accouchement,

La relation mère-enfant chez Farid n'est pas bien encadrée.

Dans l'étude de la relation mère –enfant selon la perspective psychanalytique freudienne et la théorie de l'attachement :

Les travaux de Spitz, en particulier tendent à montrer comment la mère, qui a procuré les gratifications alimentaires et les gratifications orales qui les accompagnent acquiert au cours de la première année de la vie de l'enfant le statut d'objet l'enfant identifie le sein puis la mère est reconnue comme pourvoyeuse des gratifications orales.

Aussi l'enfant atteint le stade de l'objet libidinal proprement dit, face à une personne inconnue il manifeste des conduites appelées par Spitz « angoisse du huitième moi » Le visage de la personne inconnue évoquerait pour l'enfant le fait qu'il ne soit pas en présence de la mère. Avec laquelle il entretient une relation privilégiée , vue par les enfants comme objet libidinal si des désordres interviennent dans l'établissement de la relation objectale peuvent apparaître les troubles psychosomatiques de la première année (troubles liés à l'alimentation ,au sommeil, une carence affective partielle fait apparaître un état de dépression anaclitique qui peut céder si la séparation avec la mère cesse dans un délai de trois à cinq mois (Annich. C et Winnykeme .F, 2004, p23).

1-4-3-tableau histoire de l'énurésie de Farid :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire	×	
Sémiologie secondaire		×
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-4-4-l'analyse de l'observation

Farid montré un manque de concentration assuré, et présente un trouble du comportement de l'hyperactivité

La maman de Farid pendant le déroulement de l'entretien clinique, fonction de mode hésitant, même si qu'elle n'est pas négligente de tous, au contraire elle fait tous qu'il faut pour le confort de leur enfant.

Farid essaye toujours d'éviter sa mère, et réagit avec nous lorsque la maman, déconcentre de lui.

La précipitation de Farid et son l'envie de terminer la consultation, apparu très élevé.

1-4-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Farid :

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/7	7/7	7/5	7/5	7/5	7/4	7/4	7/4	7/2	7/2	7/3	7/2

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Farid est 7/7, c'est-à-dire qu'il urine chaque jour et aussi c'est rare qu'il y ait des nuits sec.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui change la méthode de la communication avec la mère, et essaye de créer des jeux, les tâches associées entre Farid et sa maman, il propose à cette dernière une attitude adoptée qui trouve un écho favorable pour la prise en charge de son enfant.

Selon le calendrier mictionnel, on constate bien sûr une nette amélioration dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de Farid même si un peu faible, mais toujours capable d'améliorer et d'être mieux.

Conclusion :

Les enfants « insécurisés ambivalents-résistants » sont fortement perturbés par la séparation au retour du parent, ils adoptent une attitude ambivalente et manifestent à la fois des comportements de recherche de contact et une certaine forme de résistance, les enfants insécurisés ambivalents résistants ne parviennent pas à se calmer ni à explorer leur environnement de manière efficace. Ils n'utilisent pas leur mère comme base de sécurité du fait d'une hyper activation de leur système d'attachement, au détriment du système d'exploration. À la maison, ces enfants pleurent plus fréquemment et plus longtemps que les autres enfants (Bacrot, 2009, p12).

Les enfants désorganisés manifestent des comportements contradictoires d'approche et d'évitement à l'endroit du parent et de l'appréhension en sa présence. Ces enfants sont ceux qui sont le moins aptes à utiliser le parent pour faciliter l'exploration et leur jeu est souvent caractérisé par des comportements incomplets et confus.

1-5-Cas de Hamza :

1-5-1-présentation de cas :

Hamza est un garçon âgé de 8 ans, il est scolarisé en 3 années primaires, issu d'une famille de très bon niveau socio-économique, Hamza est le plus jeune d'une fratrie de 6 membres ,3 garçons et 3 filles. Son père âgé de 40 ans est un enseignant au primaire, sa mère de 37 ans étudie la chimie industrielle, mais elle ne travaille pas.

Hamza acquis la propreté a l'âge de 3 ans, et fait la circoncision Just après la naissance, sa mère est très contant de lui, et pour elle Hamza est un enfant exceptionnelle et qui ne ressemble n'a personne, même dans sa très grande famille.

La maman d'Hamza passé la grossesse et l'accouchement tout à fait normal, car elle a déjà de l'expérience, pour elle sa famille est de toute priorité.

Hamza est décrit par ses parents comme étant un enfant très timide , il a été scolarisé a l'âge de 4 ans aux classes préparatoires et son père été son enseignant , puits a 5 ans il a fait sa préscolaire et difficilement qu'il a accepté la scolarisation , dans se moment Hamza atteindre clés troubles de comportement et de l'énurésie ,après 2 ans d'acquisition et de cesser de faire pipi au lit la nuit , bien que la propreté diurne est toujours acquise pendant la journée .

1-5-2- Analyse de l'entretien avec la mère :

Hamza est venue d'abord pour consulter le médecin généraliste de l'UDS, pour le motif lui-même qui est l'énurésie, il s'accompagner avec sa maman.

Après que le médecin généraliste ait fait les examens médicaux nécessaires, il a conclu qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il affalait consulter le psychologue clinicien de l'UDS pour une prise en charge.

Hamza vécu sa première enfance sans aucun antécédent a déclarer , après avoir atteint la période œdipienne ,Hamza na pas résolu cette dernière à cause de sa scolarité précoce qui signifie la séparation avec la mère qui est le premier objet aimé pour lui .

Cette séparation symbolise la castration, surtout que l'enfant a été scolarisé chez son père qui le traite comme tous les autres élèves de la classe, ce qui pose un problème sur le plan relationnel et affectif.

La relation père /enfant est devenue enseignante/enseignée, donc Hamza a une mauvaise représentation sur l'image du père. Elle devient mal nette.

La figure du père a donc une influence importante au sein de la famille, il est le symbole du respect et de l'autorité, il est aussi qualifié de « père-patron » ou plutôt « le pilier de la maison », car il assume les différentes responsabilités qui concernent son foyer à l'extérieur plus qu'à l'intérieur (Daouidi. S ,2008 .p24).

1-5-3- Tableau histoire de l'énurésie d'Hamza :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire		×
Sémiologie secondaire	×	
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-5-4-l'analyse de l'observation :

Hamza manifeste un sentiment de la culpabilité, et ses réactions pendant la consultation son très conçu et très sage, il a de fortes volontés pour dépassé se problème qui est horde de sa métrisation.

La maman aussi semble clivée, comme ce qu'elle n'a pas accepté le changement, total de comportement d'Hamza, et notamment ce problème qui vient brusquement, c'est-à-dire l'énurésie secondaire.

Aucun n'a tusse programmé par la maman comme une nouvelle éducation sphinctérienne de son enfant. Ce qui est important pour la maman, c'est pourquoi ce replié ? , comment cet échec ?

1-5-6-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Hamza :

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/5	7/5	7/5	7/5	7/5	7/4	7/4	7/4	7/2	7/2	7/3	7/2

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Hamza est 7/5, c'est-à-dire qu'il n'urine pas chaque jour et aussi par fois y'a des nuits sec.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui d'abord dédramatisé le problème avec la mère , il propose a cette dernière une attitude a adopter l'édiction qui trouve un écho favorable pour la prise en charge de son enfant, et notamment de rendre l'équilibre de relation et des échanges affectifs paire-enfant . et de les distingué de la relation enseignant/enseigné comme une relation Délérent et à part.

Selon le calendrier mictionnel, on constate une amélioration relative dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de Hamza, capable d'amélioré le plus rapidement possible.

Conclusion :

L'autorité et la dominance des pulsions œdipiennes conduisent l'enfant à choisir de ne pas être l'un de ces personnages. Afin d'équilibrer le conflit existant entre le ca et le sur moi.

Le point essentiel consiste en une relative obsessionnalisation de la personnalité que l'éducation et l'enseignement savent d'ailleurs mettre à profit pour demander à l'enfant l'acceptation de rythmes réguliers et une discipline plus précise (soumission à la règle).

Les tendances obsessionnelles reposent sur la mise en place de formations réactionnelles (dégoût, pudeur, etc....) qui vont permettre à l'enfant de se dégager peu à peu des conflits sexuels de la période précédente. Ainsi apparaissent les sentiments de tendresse, de dévotion et de respect envers les images parentales.

1-6--Le Cas de Siham :

1-6-1-présentation de cas :

Siham est une fille âgée de 8 ans, issu d'une famille socio-économique moyen , elle est l'avant-dernière de sa fratrie et elle est en deuxième année primaire et elle est une très bonne élève.

Son père âgé de 40 ans est un procureur et sa mère âgé de 38 ans travaille dan la justice

Siham a acquis sa propreté a l'âge de 3 ans, mais dés la naissance de son petit frère elle a repris une énurésie secondaire.

Siham est tranquille, elle prend soin d'elle même, elle s'habille bien et elle est propre toujours

Siham aime sa grand-mère plus que ses parents, ses frères et sœurs et surtout plus que son petit frère.

1-6-2-Résumé et analyse de l'entretien :

Siham est venue d'abord pour consulter le médecin généraliste de l'UDS, pour le problème de l'énurésie, elle s'accompagné avec sa maman.

Après que le médecin généraliste ait fait les examens médicaux nécessaire, il a conclu qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il affalait consulter le psychologue clinicien de l'UDS pour une prise en charge.

D'après l'entretien avec la fille, on a pu déduire que la évité au maximum d'être a la maison et elle essaye d'être le plus long temps en dors de la maison.

Siham dés la naissance de son frère elle devient très déférente, elle manifesta plusieurs troubles de comportement. Elle semble agressif et surtout Enver les personne qui prend soin de leurs frère, même sa regard deviens terrible, elle casse tous les jeux ce qui appartiens a son petit frère.

Siham ne supporte plus de parlé de son frère, et n'a pas le courage de prononcé mémé son nom.

Rufo (2002) souligne les effets formateurs de la jalousie fraternelle qui permet a l'enfant de se dépasser et de se construire.une jalousie normal normale aussi bien de l'ainé vis-à-vis du cadet que de ce dernier a l'égard de l'ainé et de reflet de l'ambivalence des sentiments ressentis. Son intensité est souvent supportable, en liaison avec l'intelligence des enfants et leur tolérance à la frustration. (À. Baudier et B.Céleste 1997.p127)

1-6-3-tableau histoire de l'énurésie de Siham

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire		×
Sémiologie secondaire	×	
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-6-4-Analyse de l'observation :

La maman de Siham, est décrite comme femme instruite, très douce, serviable, elle essaye de satisfaire en maxima me sa fille, et de évité tout sort de provocation, pour sa jalousie.

Siham très exagéré de leur réaction et leur jalousie, ce qui annonce un véritable danger sur la vie de son petit frère.

Selon les réactions, Siham n'a aucune préparation à cet événement récent, c'est-à-dire a la naissance d'un neveu né au sien de la famille.

Siham exit le temps de ses parents, mais la naissance de neveux nés exige, de remettre du temps de Siham et de les diminué.

De manière plus générale, lorsque les adultes ont intérieure ce fonctionnement, ils sont en mesure d'accompagner l'enfant dans son évolution psychoaffective, ils ont la capacité de laisser un espace libre entre eux et leur enfant, ils acceptent que dans cette interface s'agencent de interactions qu'ils ne maitrisent pas et dans les quelles ils ne projetent pas d'angoisses excessives.

Donc une jalousie pathologique, surnaturelle, provoque sans faire attention de la part de ses parents.

1-6-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Siham

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/5	7/6	7/5	7/5	7/5	7/4	7/4	7/4	7/2	7/2	7/3	7/1

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Siham est moyenne c'est-à-dire qu'il n'urine pas chaque jour.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique, qui change les interactions avec les parents, il propose à cette dernière une attitude à adopter qui trouve un climat favorable pour la prise en charge de son enfant bien sûr.

Ce l'a traverse une bonne préparation psychologique pour Siham dont elle peut force a force acceptée son frère et pour quoi pas, deviens aimer son petit frère et de le protégé.

Selon le calendrier mictionnel, on constate bien sûr une nette amélioration dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de Siham qui est toujours capable a amélioré et être mieux avec le temps, car elle est besoin de lui pour bien adapté.

Conclusion :

Les relations avec les frères et sœurs Élément importants du microsysteme, la fratrie joue un rôle unique dans la socialisation différent de celui des parents ou des pairs. Les bébés s'attachent en effet beaucoup à leur grand frère ou à leur grande sœur. Et plus l'attachement parent-enfant est sécurisant, plus les enfants s'entendent bien entre eux (Teti et Ablard ,1989)

Et ce la notamment à base d'une préparation, et la prévention.

1-7-Cas de Samira :

1-7-1-présentation de cas :

Samira est une fille âgée de 7 ans, elle est scolarisée en deuxième année primaire, sa mère est âgée de 49 ans et son père mort à l'âge de 54 ans suite à un cancer de foie, Just après la naissance de Samira par quelque mois, sa maman ne travaille pas et vit de la retraite de son mari ingénieur hydraulique.

Samira issue d'une famille très large, et d'un niveau socio-économique parfait, Samira est la dernière d'une fratrie de 3 filles et 1 garçon.

Samira est acquise la propreté très tôt, le problème était à l'âge de 5 ans, quand elle a débuté son préscolaire, malgré, qu'elle n'a aucun problème de santé, mais à part qu'elle a des difficultés de sommeil. Il n'y a pas d'antécédent d'énurésie dans sa famille. Samira est la seule à être énurétique.

Samira est décrite par sa mère comme étant une fille très calme, intelligente, sociable qui aime beaucoup jouer avec les enfants de son âge.

Elle a une poupe qui y a des moustaches, et des lunettes, Elle peut pas séparé de lui absolument.

1-7-2Résumé et l'analyse de l'entretien :

Samira est venue d'abord pour consulter le médecin généraliste de l'UDS, pour le problème de l'énurésie, il s'accompagne avec sa maman.

Après que le médecin généraliste ait fait les examens médicaux nécessaires, il a conclu qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il fallait consulter le psychologue clinicien de l'UDS pour une prise en charge, comme la plupart des cas.

, La maman de Samira n'adopte aucune attitude inadéquate face à l'énurésie de sa fille, au contraire, elle l'encourage toujours en cas d'échec.

Chapitre v présentation, analyse et discussion des résultats

À la fin de stade anal et au début de la période œdipien, Samira a connu sa première perturbation, car elle n'a pas résolue le complexe d'Oedipe a la raison de non rencontré de l'objet œdipien, qui est le père.

Elle dirige toutes ses pulsions, œdipienne vers la maman qu'elle voit comme la source de satisfaction. Très, très attaché à sa mère.

1-7-3- Tableau histoire de l'énurésie de Samira :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire		×
Sémiologie secondaire	×	
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale		×
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-7-4- l'analyse de l'observation

Samira venue avec sa très baux poupe, qui est toujours entre ses bras qui présente son père, et un étouffe de vitement de sa mère aussi toujours dans sa Main, elle peut pas décollé même des vêtements de sa mère.

Pendant la consultation la distance entre elle et sa mère ne dépasse pas quelques centimètres.

La maman de Samira est très douce, elle se sacrifie énormément pour le bien-être de sa famille, et de remplacer le vide affectif de leur mari, mémé pour les autres membres de sa famille, elle a vécue de manque et de fatigue psychique,

L'amour œdipien ne doit pas être conçu comme un amour idyllique. C'est un amour doublement entravé : entravé de l'intérieur, car l'attirance pour un parent

Implique un certain renoncement à l'autre (tiers regretté) et entravé de l'extérieur par la menace de castration (tires redoutées) ceci explique pourquoi les mouvements anxio-dépressifs sont fréquents pendant la phase œdipienne ainsi que des émergences phobiques (peur de perdre l'amour du parent du même sexe en, raison de la rivalité).

Sur le plan identifications, le complexe d'Oedipe marque une étape décisive Puisqu'il instaure la prévalence de l'être sur l'avoir. Il ne s'agit plus seulement d'avoir ou non le pénis, mais d'être un homme ou une femme à l'instar des images parentales avec tout le jeu relationnel que cela implique.

Enfin par l'intériorisation des interdits parentaux (prohibition de l'inceste essentiellement), ce complexe d'Oedipe permet la mise en place du surmoi et de l'idéal du moi définitifs .l'acceptation de la différence des sexes confère également à l'enfant une aptitude au deuil et à l'activité symbolique de type adulte.

1-7-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Samira

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/6	7/5	7/6	7/5	7/5	7/4	7/4	7/4	7/3	7/2	7/2	7/0

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Samira est 7/6, c'est-à-dire qu'il n'urine pas chaque jour et aussi par fois y'a des nuits sec.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui change la méthode de mère Samira enfance de sa réalité avec la mère et de formé un travaille de deuil imaginaire pour sa poupe qui présente le père

propose a sa maman des qualités des échanges affectifs encadrés par des frontières des besoins seulement, qui trouve un écho favorable pour la prise en charge de sa fille.

Selon le calendrier mictionnel, on constate une amélioration formidable dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de Samira.

Conclusion

On assiste à une déssexualisation progressive des pensées et des comportements
Grâce à un travail de refoulement permettant même les sublimations.

Celles-ci en déplaçant les bus pulsionnels vers des objets plus socialisés donnent lieu à une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages sociaux, pédagogiques (tous en rappelant que l'énergie de ces nouveaux intérêts demeure issue des intérêts sexuels originels).

1-8-Cas de Majid :

1-8-1-présentation de cas :

Majid est un garçon âgé de 7 ans. Avec un développement corporel un peut faible, il est scolarisé en deuxième année primaire, d'une famille de niveau socio-économique moyen. Mais Majid est un enfant adopté par un père de 48 ans et une mère âgée de 41 ans .ils sont ramené Majid dans l'asile qui appartient a l'état .a l'âge de 11 mois.

Selon le responsable de l'asile, les origines de Madjid étranger, et aucune autre information sur le côté héréditaire.

Majid est énurésie depuis sa naissance. Mais à part cela, il n'a jamais eu de problème de santé. Il a eu un développement normal.

Les parents qui adopter Majid n'ont jamais consulté de médecin pour l'énurésie de leur enfant, c'est lors d'une médicale systématique de dépistage dans son école primaire que le médecin généraliste de l'UDS a découvert son énurésie grâce a un questionnaire que les parents devaient remplir, d'un farcent périodique

Après avoir fait l'examen médical, le médecin généraliste de l'UDS a conclu Qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il fallait une prise en charge psychologique.

Les parents ont répondu formidablement a l'appel du psychologue et du médecin généraliste de l'UDS c'est sa maman (adopté) qui ramener Majid en consultation.

Majid est décrit par sa mère comme étant un enfant très gâté, c'est un enfant qui obtient tout ce qu'il désire. Il est sociable et aimable de la part de tout le mande. Il est au niveau moyen par ses études et par fois faible.

1-8 -2-Résumé et analyse de l'entretien avec la mère :

La maman (adopté) de Majid commencé a éduqué son fils a la propreté des l'âge de 3 ans, âge parfait pour cet apprentissage, elle le mettait sur le pot pendant quelque minute et si l'enfant n'urinait pas, elle lui laisser encoure, mais sans aucune pression.

Avec le temps Majid na jamais acquise la propreté, et sa mère (adopté) force à force avec la souffrance de sa tache quotidienne au sien de sa large famille elle devient négligente et elle est totalement désespéré de cette dernière.

Puisque Majid est adopté par cette famille a l'âge de 11 mois , c'est presque une année , c'est que présent « l'enfant, pendant la première année, manifeste des variations importantes dans ses conduites et performances, suivant que la personne élue par lui comme objet d'attachement soit présente ou non dans son environnement et qu'il puisse donc satisfaire ou non ses besoins de contact et de proximité avec elle (Cartron. A et Winnykamen.F ,2004 p15) ».

Aussi la filiation adoptive qui représente un lien artificiel créé par une décision judiciaire. Qui peut être complète, dans laquelle la filiation d'origine est remplacée par une nouvelle filiation irrévocable, qui fait en sorte que l'enfant ait les mêmes droits et les mêmes devoirs que ceux d'un enfant légitime, bien comme le nom de la famille adoptive ou simple, étant alors révocable et permettant que l'enfant garde le contact avec sa famille d'origine et de la famille adoptive. (Oliveira Pedro, 2010, p25)

Ce qui distingue l'absence des pulsions de parentification naturelle, qui est la base d'émergence d'un lien affectif maternelle ou paternelle.et d'échanges affectif exceptionnel

1-8-3-tableau histoire de l'énurésie de Majid :

Distinction	Oui	Non
Énurésie seulement	×	
Énurésie encoprésie		×
Sémiologie primaire	×	
Sémiologie secondaire		×
Type diurne		×
Type nocturne	×	
Type nocturne et diurne		×
Facture familiale	inconnue	
Facture physiologique		×
Facture sommeil		×
Facture psychologique	×	

1-8-4-Résumé et analyse de l'observation :

Sans dut la maman (adopté) aime beaucoup Majid et pour elle est bien, elle offrir tous les besoins affectifs pour Majid, malgré que ce n'est pas sa propre enfant (mère biologie).

Mais avec une très grande clarté la maman de Majid, apparu qu'elle se fonction, d'un mode opératoire sans aucune spontanéité.

René spitz a observé l'hospitalisme dans un hospice pour enfants abandonnés, dans lequel il y avait une infirmière pour huit a douze bébés. Les besoins corporels y étaient satisfaits. Chaque infirmière voyait chaque enfant chaque jour : une préparait les biberons, l'autre changeait les bébés, l'autre les lavait .., mais les soins étaient anonymes, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas de personne référent, et de ce fait aucun lien affectif ne pouvait s'établir. (Sillamy N, 2003, p131)

Alors que le terme carence définit à la fois la cause de la pathologie, c'est à dire l'environnement maternel insuffisant, et l'effet lui-même, qui est le retard de développement affectif chez l'enfant ou l'adolescent, ce déficit qualitatif et/ou quantitatif peut être le fait de ruptures, séparation et placement répétitifs. Ce trouble est souvent à l'origine de troubles du comportement, du développement intellectuel, physique et de la scolarité. (Michel .G, 1993, p22).

1-8-5-Présentation et analyse de calendrier mictionnel de Majid :

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les fois où l'enfant a uriné	7/7	7/7	7/7	7/5	7/7	7/4	7/3	7/4	7/4	7/4	7/4	7/4

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie de Majid est 7/7, c'est-à-dire qu'il urine chaque jour et c'est rare qu'il y ait des nuits sec.

La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui change la méthode de l'éducation sphinctérienne entreprise par la mère. Il propose à cette dernière une attitude à adopter par la création d'un champ d'échanges affectif stimulant par les deux coté, la vulnérabilité de l'enfant et l'exclure de la maman, ce qui trouve un écho favorable pour la prise en charge de Madjid, avec une nouvelle commencement de établirai un des liens affectifs humains humain avant tous .

Selon le calendrier mictionnel, on constate une moyenne et nette amélioration dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de Majid, des résultats qui donnent d'espoir pour cette famille.

Conclusion :

L'entretien associer avec la maman permettre de diminué la fuit de l'affectivité entre la maman et sans enfant et même de les récupéré le plus possible pour dépasse la carence affective chez Majid.

-Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et l'observation participant, en présence de la mère, nous allons passer à la discussion de nos hypothèses de recherche, Nos hypothèses émises au départ étaient les suivantes :

Hypothèse générale :

-Les échanges affectifs familiaux ont l'impact sur les enfants énurétiques.

Hypothèse partielle :

- un bon échange affectif familial influence positivement sur les enfants énurétiques.

- un mauvais échange affectif familial influence négativement sur les enfants énurétiques

D'après les résultats obtenus pouvons constater que nos deux hypothèses partielles ont été confirmées.

A- De cela on constate que :

1) Le cas de Rachid généralement est un résultat d'un trauma affectif. Circoncision mal passée.

2) Le cas de Widad généralement est un résultat de la destruction du climat affectif familiale, c'est-à-dire des conflits entre ses parents.

3) le cas de Nassim généralement est un résultat d'une carence affective familiale.

4) le cas de Farid généralement est un résultat de la perturbation de la relation Mère-enfant, Échanges affectifs relatifs.

5) le cas d'Hamza généralement est un résultat de la perturbation de la relation père-enfant, échange affectif confonde.

6) le cas de Siham généralement est un résultat de la perturbation d'un lien affectif fraternelle, la jalousie pathologique.

7) le cas de Samira généralement est un résultat de carence affective de la part son père qui est mort. Et attachement abuser de la part de la maman qui essaye de remplacer l'affectivité de père.

8) le cas de Rachid est généralement est un résultat d'absence d'un lien affectif biologique, les échanges affectifs insuffisants, car est un enfant adopté.

Et que les échanges affectifs familiaux, impact sans doute chez les enfants énurétique notamment, âgée de 6-9 ans, ce qui présente que notre hypothèse générale est bien confirmé.

B- Les mesures générales à recommander aux parents :

La famille va procurer à leurs membres un sentiment de sécurité, elle va sortir l'enfant de son isolement. L'enfant va comprendre qu'il n'est pas le seul à souffrir d'un trouble, qu'il a prêté soin et de le cacher souvent aux autres.

Cette forme de solidarité redonne souvent à l'enfant confiance en lui permet de se sentir plus fort, pour affronter les différents inconvénients.

Associer avec les parents permet de dédramatiser le symptôme qui n'apparaît ainsi comme une maladie mystérieuse étonnante, puisqu'il peut en parlera avec les autres.

Les stratégies généralement recommandées pour les parents qui veulent aider leur enfant à devenir continent s'établissent comme suit :

Clarifier l'objectif de se lever la nuit et d'utiliser les toilettes

Faciliter l'accès de l'enfant aux toilettes.

Éviter la consommation d'aliments contenant de la caféine ou une trop grande quantité de liquides avant le coucher.

Demander à l'enfant de se vider la vessie avant le coucher.

Renoncer aux couches(les culottes de propreté peuvent être acceptables).

Chapitre v présentation, analyse et discussion des résultats

Faire participer l'enfant au nettoyage matinal, sans y donner un caractère punitif.
Préserver l'estime de soi de l'enfant.

Et le plus essentiel c'est de faire attention a aux côtés psychoaffectif et relationnel de leurs enfants et de réglé tout sorte de fuit et de conflits de cette affaire.

Conclusion :

Après la présentation, l'analyse et la discussion des résultats issu de l'ensemble des outils utilisés, nous avons abouti a la confirmation des deux hypothèses partielles émise au départ , de ce fait, l' hypothèse générale à son tour est confirmée.

Conclusion générale

Conclusion

La valeur des échanges affectifs ne se pose pas sur l'offre et la demande émotionnelle d'un certain part ou un seul endroit, mais plutôt, et sans exception sur tous les endroits, car l'affectivité aussi exige l'offre et la demande

Notre étude qui a été effectuée dans le l'UDS porte sur la place qu'occupe les échanges affectifs au sien la famille notamment pour les enfants énurétiques et cela pour objet d'être attentif et en prévalence.

On a constaté que nos enquêtés donnent une importance réelle a les échanges affectifs et la considèrent comme un remède pour guérir et remédier aux troubles de l'énurésie chez les enfants

Ces derniers manifestent beaucoup d'objectivité a cette proposition, c'est-à-dire que les résultats obtenus sont logiques.

Donc, les échanges affectifs est un facteur capital pour de développement psychoaffectif et cognitif et qui est susceptible de surfer /dépasse plusieurs troubles celle de l'énurésie

enfin , nous espérons à travers ce travail qui vise globalement a assurer une compréhension des échanges affectifs et leur impact sur les enfants énurétique , qui saura complété bien sûr par les prochaines études qui seront effectuées avec des recherches et des analyses plus approfondies dans ce vaste domaine dont l'objectif est de rendre plus accessible.

Bibliographie

La liste bibliographique

-la liste des ouvrages :

- 1) Ajuriaguerra.J (1970), « **manuel de psychiatrie de l'enfant** », Éditions, Masson, Paris.
- 2) Ajuriaguerra.J et Marcelli.D, (1984), « **psychopathologie de l'enfant** », Editions, Masson , Paris.France.
- 3) Averous. M (1992), « **l'énurésie de l'enfant** », Éditions, paris france.
- 4) Baudier. A et Céleste. B, (1997), « **développement affectif et social de jeune enfant** », Edition 3, paris. France.
- 5) Baudier.A et Céleste.B, (2010), « **le développement affectif et social du jeune enfant** » Edition3, Armand Colin, paris. France.
- 6) Bert.C (2010) « **la fratrie a l'épreuve du handicap** » Edition, France.
- 7) Berger.M (1999), « **l'enfant instable** », Edition, Dunod, Paris.
- 8) Berger,M (2003), « **le travail thérapeutique avec la famille** »,Edition ,paris.France. Dunod.
- 9) Bénony.H et Chahraoui. KH (2003) : « **méthode évaluation et recherche en psychologie clinique** », Edition , France .
- 10) Bénony.H et Chahraoui.KH(2005), « **l'entretien clinique** », Edition, France.
- 11) Bioy.A. et Fougues.D, (2002), « **manuel de la psychologie de soin** » paris, Bréal.
- 12) Bréal.A, (2005), « **psychologie clinique et psychopathologie** » Éditions 2. Paris, France.
- 13) Broca .A , (2009), « **le développement de l'enfant** », Éditions 4, Elsevier Masson .France.
- 14) Berlier P, (1997) « traitement médicamenteux », in Cochat P. « **Énurésie et troubles mictionnels de l'enfant** »Elsevier 1997.
- 15) Bertrand, T et Clara. M (2003) « **le développement cognitif** » Éditions Belin, France.
- 16) Bee. H et Boyd. D (2003), « **psychologie de développement : les âges de la vie** », France De Boeck.
- 17) Boubli.M (1999), « psychopathologie de l'enfant », Editions Dunod , Paris.
- 18) Cartron. A , et Winnykammen. F , (2004), « **les relations sociales chez l'enfant** », Edition 2, Armand Colin, Paris. France.
- 19) Chazaud. D, (2003), « **précis de la psychologie de l'enfant** »,Editions ,Dunod, France.

- 20)Cochat P et Gouda H (1997). « Épidémiologie », in Cochat « **énurésie et trouble mictionnels de l'enfant** », Elsevier.
- 21)Ciccone. A , (2006), « **l'observation clinique** », Edition paris. , France. Dunod.
- 22)Danis.A « **enfants adolescents, l'approche psychologique** », (1998), Éditions, paris.
- 23)Diatkine R.(1957), « **la notion de régression** » Evolution psychiatrique.
- 24)Diane et all (2014), « **psychologie de développement de l'enfant** », Edition 8, Canada.
- 25)Duche D.J, (1987), « **l'énurésie** » Edition, P.U.F, paris.
- 26)Dumas J.E, (2002), « **psychologie de l'enfant et de l'adolescent** », Edition Bruxelles de Boeck Université.
- 27)Duminique .M (2008), « **construire et soigner la relation mère-enfant** », Edition, paris .France. Dunod.
- 28)Fich Bach M. (1997) « **hypothèses pathogéniques** » in Cochat P « **énurésie et trouble mictionnel de l'enfant** », Elsevier.
- 29)Flavigny.K, (2011), « **l'infantile l'enfantin, les destins de la filiation** » France.
- 30)Girardin. E, (2002) « **énurésie et troubles mictionnelles chez l'enfant et l'adolescentes** » Paris. France.
- .31)Ghiglione.R et Richard.J.F(2007) « **cours de psychologie des méthodes** », Editions, Dunod , France.
- 32)Golse .B (2006) « **le développement affectif et intellectuel de l'enfant** », Éditions 3, Belgique.
- 33)Golse. B (2008), « **le développement affectif et intellectuel de l'enfant** » Éditions Masson, France.
- 34)Golse. B (2015), « **le développement affectif et cognitif de l'enfant** » Edition, Elsevier Masson.
- 35)Guelfi .J.D et AL (2003), « **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** » Éditions , Masson , Paris.
- 36)Guedeney . A et Lebovici.S ,(1997) « **intervention psychothérapeutiques parent-jeunes enfants** », Éditions, Paris, France. Masson.
- 37)Haxhhe.S ,(2013), « **l'enfant parentifié et sa famille** » Éditions ,France.
- 38)Helen Bee et Denise Boyd (2003) « **psychologie de développement lesâge de vie** », Edition 2, Canada.

- 39)Hesselberg.M (2001), « **étudiants du secteur social psychologie de l'enfant et l'adolescent** »,Editions Belgique.
- 40)Hiram Y. L, Haesevoets. (2003) : « **la famille a transaction incestueuse, l'enfant victime d'inceste** », Belgique, De Boeck.
- 41)Karinet Thierry (2004), « **les thérapies familiales systémiques** » Edition 2 Masson, paris.France.
- 22)Lacombe J (2008), « **le développement de l'enfant de la naissance a 7 ans** », Edition .De Boeck, Belgique.
- 23)LE Camus.j,et all ,(1977) « le rôle du père dans le développement du jeune enfant »,Éditions paris, France. Nathan.
- 44)Lottmann H. (2002), « **psychopathologie ; plusieurs facteurs intriqués** », Obstacle pédiatrie.
- 45)Lehalle .Het Mellier.D (2005) « **Psychologie du développement enfant et adolescente** » Editions2, paris. France. Dunod.
- 46)Mareau.CH et Sahuc.C (2006), « **la sexualité chez l'enfant et l'adolescent, Levallois perret , study** » .
- 47)Marie-noel, Tardy-Ganry, (2006), « **les troubles de la personnalité chez l'adolescent** » studyrama , paris.
- 48)Mareau.CH et Vanek Dreyfus.A, (2010), « **l'indispensable de la psychologie** », Éditions France.
- 49)Michard.P, (2014) «**la thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy** », Editions5
- 50)Parret.CH et Iguenane .J, (2001), « **accompagner l'enfant maltraité et sa famille** », Dunod, Paris.
- 51)Papalia.D et all (2010), « **psychologie de développement humain** » Editions 7
- 52)Paillé.P (2006) : « **la méthode qualitative** », Edition Paris.France.
- 53)Poussin.G(2001), « **la fonction parentale** » Edition 2, Paris. France. Dunod
- 54)Poussin.G (2005) : « **la pratique de l'entretien clinique** », Edition 3, Paris .France, Dunod.
- 55)Pediinielli.JL et Fernandez.L (2015) : « **l'observation clinique et l'étude de cas** », Edition Armand Colin.
- 56)Prouff Jacques et Col « **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** » Volume, 1, E d heures de france, paris ,1995.

- 57) Société Canadienne de Pédiatrie (2005) « **la prise en charge de l'énurésie nocturne primaire** » paediatrics & Child Health ,
- 58) St-Yves, A , (1982) « **psychologie de l'apprentissage et enseignement** », Éditions, Canada.
- 59) Sahuc .C, (2009), « **comprendre son enfant 0-10 ans** » Éditions Studyrama, Paris. France.
- 60) Séchaud.E et Coll (2006) « **psychologie clinique approche psychanalytique** » Éditions Dunod , Paris.
- 61) Stassart.M , (1997), « **développement affectif et social** », Éditions, France.
- 62) Thong T (1992), « stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie » sorbonne, librairie philosophie vrin.
- 63) Wallon.H,(2002), « **l'évolution psychologique de l'enfant** », Éditions Armand Colin ,Paris. France.

La liste des mémoires

- 64) Al Koukouchi Abdennacir né 5 mars 1982 a Saint Denis, présenté et soutenue publique 3-juillet-2014.
- 65) Amélie Filiatrault –Charron (2010) « **le trouble de l'attachement chez la clientèle adolescent du centre jeunesse de Montréal** » université de Montréal.
- 66) Bertrand Traodec (2002), « **psychologie de développement cognitif** », Éditions , Armand Cplin, Paris.
- 67) Daouidi S (2008) « **la représentation du père dans la littérature marocain : les yeux baissés de Tahar Ben Jelloul** », thèse de magistère dirigée par Nadia Chafik année universitaire 2007-2008, Faculté des sciences de l'éducation, université Mohamed V Souissi.
- 68) Girardin.E (2002) « **énurésie et trouble mictionnelles chez l'enfant** » Swiss 2.
- 69) Lucie Tricaud né 23 septembre 1982 a Angers soutenance juin (2013), université d'Angers faculté de médecin
- 70) Marina Colombie(2001), « **Les conséquence psychique de la séparation parents enfants en situation de placement** », université de Toulouse le Mirail.
- 71) Oliveira Pedro (2010), «**les rapports père /enfant et le développement psycho social du sujet.** » université de Lyon2.

La liste des Dictionnaires

72) Michel Godfryd, (2001) « **vocabulaire psychologique et psychiatrique** » presse universitaire, France.

73). Sillamy Norbert, dictionnaire de la psychologie, Larousse-VUEF, Québec, 2003.

La liste des Revues

74) Avérous M et Lopez CH (1997) « **bilan de vingt ans de réflexion sur l'énurésie de l'enfant** ».progrés en l rologie, 1997 ;7 :476-38.

75) Averous M et Robert M et Billiard M et Guiter J et Grasset D (1991) « **le contrôle mictionnel au cours de sommeil** ».revu.part. 1991 ; 41 :2282-7.

76) Badra M outassem mimouni (2008) « **les enfants privés de famille en Algérie** »insaniyat revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, no 41.

77) Coliet J .P , Simone MF ,Cochat P, « **prévalence de l'énurésie nocturne chez l'enfant d'âge scolaire** »pédiatrie, 1993, ;48 :701-4.

78) Granjon E. (2005) :« **les configuration du lien familial** », in revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2005/2n45, p151-158.

79) Glazener C, Evan JH ,Peto RE .Alarm intervention for nocturnal enuresis in children.Cochrane Database Syst Rev 2005;18.

80) Juliette C et Doris B (2009), « **enfances en péril question des origines dans l'abandon d'enfants au Burkina Faso** », anthropologie et sociétés, Québec, Canada. ('revus)

81) Michel Lemay, (1996), « **les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations personnelles et sociales** » revue de droit ,vol.25, no 1-2 .

Annexes

Annexes A :

Guide de l'entretien

Les trois axes :

Axes I : information sur l'anamnèse (histoire de trouble)

- 1) est-ce que l'enfant a déjà acquis la propreté ou jamais ?
- 2) l'enfant fait pipi au lit ou dans ses vêtements ? Ou bien fais pipi la nuit ou la journée ?
- 3) combien la fréquence d'énurésie ?
- 4) Âge de survenue ?
- 5) a-t-il déjà consulté un médecin ?
- 6) antécédents familiaux d'énurésie : mère, père, frère, grand-père, oncles, tantes Cousins...
- 7) l'enfant être propre par fois ou bien mouillé sans interruptif ?
- 8) facteurs associés : constipation, encoprésie ?
- 9) l'enfant a-t-il fait une circoncision ? (si c'est un garçon) et aussi comment le déroulement de cet événement ?
- 10) quand ? Et comment ? ce passe-t-il l'éducation sphinctérien ?

Axes II : information sur le comportement du l'enfant avec l'entourage

- 1) est-ce que l'enfant est agressif avec ses fratries ?
- 2) Comment réagit-il avec les Joux et les outils de leurs fratries et leurs familles ?
- 3) Comment ce passe il leur système alimentaire pendant la journée ?
- 4) L'enfant est doux ou bien très actif (hyperactive) ?
- 5) L'enfant préfère quoi comme programme télévisé ? Notamment le soir.
- 6) L'enfant engagé par l'imitation et le simultané ou pas ?
- 7) Est –ce qu'il fait des efforts ?
- 8) A-t-il une mauvaise estime de soi ?
- 9) A-t-il des difficultés scolaires ?
- 10) A-t-il des troubles de comportement ?

Axes III : information sur la relation affective

- 1) Qui sont les personnes les plus proches au l'enfant ?
- 2) L'enfant aime qui ? Et pour quoi ?
- 3) L'enfant n'aime pas qui ? Et pour quoi ?
- 4) À-i-il un enfant légitime ? La qualité de parentification et d'affiliation ?
- 5) Le nombre de ses fratries, et leur classement entre eux ?
- 6) Ses fratries se moquent de leurs énurésies ?
- 7) La qualité de l'attachement ?
- 8) Les événements de vie et le changement en générale au sien de la famille ?
- 9) L'enfant dort avec qui ?
- 10) La qualité de sommeil léger, lourd ?

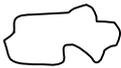
Annexe B

Grille d'observation

Attitude observée	négative	positive
Attitude de l'enfant ver son père		
Attitude de l'enfant ver sa mère		
Attitude de l'enfant ver ses frères et sœurs		
Attitude de père ver l'énurésie de leurs enfant		
Attitude de la mère ver l'énurésie de leurs enfant		
Attitude des frères et sœurs ver l'énurésie de l'enfant		
Attitude de l'enfant ver son énurésie		

Annexe C

Le calendrier mictionnel type soleil pluie

Les jours de la semaine		
Dimanche 6/11/2016		
Lundi 7/11/2016		
Mardi 8/11/2016		
Mercredi 9/11/2016		
Jeudi 10/11/2016		
Vendredi 11/11/2016		
Samedi 12/11/2016		