

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique

Thème
L'énurésie chez l'enfant

Réalisé par :

SIDANE Massissilia

Encadré par :

Mme: BAA Saliha

Année universitaire : 2012-20113

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à Mme BAA Salíha pour les efforts qu'elle a déployés pour que ce travail soit élaboré, pour sa gentillesse, pour sa disponibilité et pour son aide précieuse.

Que son sérieux, sa compétence et sa rigueur de travail soient pour nous un exemple à suivre.

NOUS remercions également le psychologue clinicien de L'UDS de Naceria, Mr Charfa, pour sa confiance et la disponibilité qu'il nous a accordées aussi nous tenons à remercier également les parents et les enfants qui nous ont permis de réaliser ce travail.

Nous tenons à adresser nos remerciements les plus sincères aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de cette formidable année universitaire, de même les amis et les camarades.

« Grand merci à tous ».

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à ma mère qui m'a donné la vie, qui s'est sacrifiée pour mon bonheur, ma réussite et qui a veillé tout au long de ma vie à m'encourager dans mes études Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A mon père qui a été mon ombre durant toutes mes années d'études, qui m'a offert tout ce dont j'avais besoin pour que je puisse réussir dans mes études et qui m'a aidé dans ce mémoire. Que dieu le Garde et le protège.

A mes frères et sœurs Lila, Sonia, Massinssa et Samir.

A mes nièces et neveux Anaïss, Isslam, Chaïma, Lyna, Souhaybe et Yasser.

A mon très cher fiancé qui a su être à mes cotés dans les moments où j'avais besoin de lui et qui m'a soutenue et aidée énormément dans ce mémoire. Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein.

Et à tous mes amies sans exception.

Sommaire

Introduction générale	01
-----------------------------	----

Partie théorique

Chapitre I L'énurésie chez l'enfant

Introduction.....	03
1- L'énurésie.....	03
1-1 L'histoire de l'énurésie	03
1-2 La définition de l'énurésie.....	04
2 - Les types de l'énurésie.....	06
2-1 L'énurésie diurne.....	06
2-2 L'énurésie nocturne.....	08
2-3 L'énurésie primaire.....	09
2-4 L'énurésie secondaire.....	11
3- Facteurs étiologiques de l'énurésie.....	13
3-1 Les facteurs psychologiques.....	13
3-2 Le facteur héréditaire.....	15
3-3 Les facteurs vésicaux.....	17
3-4 Le facteur du sommeil.....	19
Conclusion.....	22

Chapitre II : L'éducation sphinctérienne urétrale

Introduction.....	23
1-L'acquisition du contrôle sphinctérien urétral.....	23
1-1 La maturation neurologique.....	24

1-2 La maturation affective	26
2- L'attitude de la mère lors de l'éducation sphinctérienne urétrale.....	27
2-1L'enjeux de l'apprentissage de la propreté.....	27
2-2 L'éducation sphinctérienne trop précoce.....	28
2-3L'éducation sphinctérienne trop rigide	30
3-La prise en charge de l'énurésie.....	32
3-1 Les traitements médicamenteux.....	32
3-2 La prise en charge psychologique	33
Conclusion.....	36

Partie méthodologique

Problématique et hypothèses

1- Problématique.....	37
2- Hypothèses de la recherche.....	40

Chapitre III : La démarche de la recherche et la population d'étude

Introduction	41
1- Définition des concepts clés.....	41
2-La préenquête.....	44
3-La démarche de la recherche.....	45
4-Le lieu de stage.....	46
5-La population d'étude.....	47
6-Les techniques utilisées	48
Conclusion	51

Partie pratique

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats

Introduction.....	52
1- Présentation et analyse des résultats.....	52
2- Discussion des hypothèses.....	92
Conclusion.....	93
Conclusion générale.....	94
Bibliographie.	
Annexes.	

Liste des tableaux

Tableau n°	Titre	Page
01	L'effectif du personnel de l'UDS de Naceria	47
02	Répartition de la population d'étude selon le sexe	47
03	Histoire de l'énurésie de Amine	54
04	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas Amine	55
05	Calendrier mictionnel du cas Amine	56
06	Histoire de l'énurésie de Miriam	60
07	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas Miriam	61
08	Calendrier mictionnel du cas Miriam	62
09	Histoire de l'énurésie du cas de Yasmine	65
10	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas Yasmine	66
11	Calendrier mictionnel du cas de Yasmine	67
12	Histoire de l'énurésie du cas de Rida	70
13	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas Rida	71
14	Calendrier mictionnel du cas de Rida	72
15	Histoire de l'énurésie du cas de Amira	75
16	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas de Amira	76

17	Calendrier mictionnel du cas de Amira	77
18	Histoire de l'énurésie du cas de Rima	80
19	Présentation des résultats des grille d'observation du cas de Rima	81
20	Calendrier mictionnel du cas de Rima	82
21	Histoire de l'énurésie du cas de Adam	85
22	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas de Adam	86
23	Calendrier mictionnel du cas de Adam	87
24	Histoire de l'énurésie du cas de Cylina	89
25	Présentation des résultats des grilles d'observation du cas de Cylina	90
26	Calendrier mictionnel du cas de Cylina	90

Introduction générale

Introduction générale

Les étapes que l'enfant aura à traverser tout au long de son enfance sont nombreuses et quelques unes sont plus complexes que d'autres. La période de la propreté est une étape préoccupante pour plusieurs parents ; elle soulève inquiétude et questionnement ; ce moment est quelques fois vécu plus difficilement chez certains enfants, à priori à cause de la pression exercée par les parents.

L'acquisition du contrôle sphinctérien urétral est soumise à l'influence conjointe de la maturation physiologique, du développement psychologique et de l'éducation des parents. D'importantes variations existent d'un enfant à l'autre ; l'acquisition du contrôle sphinctérien urétral est le résultat d'un investissement actif mais conflictuel se situant dans le cadre de son développement cognitif et affectif et des interactions avec ses parents. L'enfant parvient à intérioriser les interdits posés par ses parents en s'identifiant à eux et l'acquisition du contrôle sphinctérien participant à son autonomie devient alors un motif de fierté pour l'enfant.

Le contrôle de la vessie est une étape fondamentale dans le développement du jeune enfant et exige beaucoup de patience des parents. Selon J. Duma, la petite enfance est une période pendant laquelle l'enfant doit acquérir un nombre considérable de compétences essentielles au développement de son autonomie, parmi lesquelles l'apprentissage de la propreté, l'auteur postule ainsi que les troubles du contrôle sphinctérien sont la conséquence d'un apprentissage développemental qui chez certains enfants, n'a jamais été fait ou fait complètement. (Dumas J., 2002, p 427).

L'énurésie présente le symptôme le plus fréquent de tous les troubles mictionnels. Elle est souvent mal vécue par l'enfant et source d'inquiétude pour les parents. C'est un symptôme méconnu qui entraîne de la part des parents des attitudes souvent inadaptées et qui ne font que renfoncer le symptôme. Les parents ont tendance à punir, à humilier, à frapper l'enfant et l'accuser d'être sale et fainéant et de ne pas faire assez d'efforts pour retenir ses urines et aller aux toilettes. Or c'est parfois l'éducation inadéquate des parents qui peut provoquer l'énurésie.

En effet, le nombre réduit des études qui ont été effectuées en Algérie sur l'énurésie et l'éducation sphinctérienne urétrale nous a poussés à mener cette modeste recherche.

Notre présente étude se penche d'avantage sur l'attitude de la mère lors de l'éducation sphinctérien urétrale dans la formation de l'énurésie.

Un double objectif est recherché à travers cette étude : d'abord vérifier si une éducation sphinctérienne urétrale inadéquate de la part de la mère mène à l'énurésie, ensuite si un changement de l'éducation de la mère peut aider l'enfant à se débarrasser de ce symptôme.

Afin d'aboutir à un résultat, nous avons impliqué 08cas, de 6ans a 9ans ayant une énurésie nocturne primaire. L'enquête et la vérification ont été réalisées grâce à la méthode d'étude de cas, en se servant des outils suivants : l'entretien clinique semi directif de recherche, l'observation clinique, ainsi que d'un calendrier mictionnel de l'enfant.

Notre travail est divisé en trois parties : une partie « Théorique », se composant de deux chapitres, le premier intitulé « L'énurésie » et le deuxième « L'éducation sphinctérienne urétrale », la seconde partie « Méthodologique », présente la « Problématique et les Hypothèses » , puis « La démarche de la recherche et la population d'étude » ; enfin, la troisième partie « pratique » est consacrée à « La présentation, l'analyse et la discussion des résultats ».

Partie théorique

Chapitre I

L'énurésie chez l'enfant

L'énurésie est un symptôme et non une maladie. Il n'existe pas de personnalité ou de structure propre à l'énurésie mais elle s'intègre dans un tableau qu'il faudra apprécier avec soin à travers l'histoire de l'enfant et de sa famille pour réintégrer le symptôme dans la dynamique psychique de l'enfant. Il existe généralement plusieurs causes au symptôme avec une multiplicité de signification chez le même enfant.

1-L'énurésie chez l'enfant

1-1 L'histoire de l'énurésie

Probablement aussi vieille que l'être humain, l'énurésie a été présente dans toutes les civilisations : depuis 3 500 années, Aristote d'écrivait que l'urine pouvait s'échapper pendant le sommeil profond chez l'enfant, à la civilisation byzantine par le célèbre chirurgien Paul d'Egine (620 – 680 avant J C) explique l'énurésie par la relaxation des muscles du col vésical et recommande des boissons toniques tels que vains et huiles avec abstention des boissons réfrigérantes. (Cochat P., 2009, p 17).

On retrouve l'énurésie sur tous les continents, elle touche toutes les classes sociales, les défavorisées plus que les autres, elle a souvent une incidence familiale. De tout temps l'énurésie a frappé les imaginations, donné lieu à des interprétations variées et débouchées sur des traitements parfois barbares. La diversité de ces traitements en dit long sur la richesse des hypothèses pathogéniques proposées, au cours des siècles. D'une façon générale, ces hypothèses se sont concentrées sur le psychisme de l'enfant, la qualité de son sommeil, la fonction de sa vessie et d'éventuels troubles de sa diurèse. (*Ibid*).

1-2 La définition de l'énurésie

On appelle énurésie le manque de contrôle de l'émission d'urine, diurne ou nocturne, apparemment involontaire, persistant ou apparaissant passé l'âge où la maturité physiologique est acquise classiquement à l'âge de 3ans . L'énurésie peut être soit primaire soit secondaire.

L'énurésie est donc un trouble du contrôle mictionnel et non de la miction elle-même ; ce qui permet d'éliminer l'incontinence d'urine qui est une émission involontaire le plus souvent consciente. Les efforts de l'enfant pour retenir ses urines restent vains et les mictions sont la plupart du temps anormales, l'écoulement pouvant persister entre les mictions. (Ferrari P., 1993, p 75).

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(les causes ne sont pas encor vraiment connues). D'origine habituellement affective, il faut toutefois éliminer une cause organique telle qu'une infection urinaire, une atteinte neurologique, ou un diabète. Le traitement est essentiellement d'ordre psychologique et repose sur la participation de l'enfant. On peut éventuellement y associer des antidépresseurs imipraminiques ». (Parabel J., 2009, p 192).

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. Il n'y a pas d'explication

unique de cette affection mais de plus en plus les auteurs s'accordent à penser que le facteur psychique y joue un rôle capital.

L'énurésie est relativement fréquente. Selon les estimations, il y aurait de 10 à 15 % d'énurétiques chez les enfants et de 0,5% (C.Vidailhet, 1984) à 3% (F.C.Cushing, 1975) chez les adultes. (Sillamy N., 2003, p 101).

B.Hallgren trouve une relation entre l'énurésie et d'autres symptômes tels que les mictions impérieuses diurnes, l'encoprésie, le sommeil profond, l'immaturation affective et les troubles de la parole. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 305).

Critères diagnostiques d'énurésie du DSM IV-TR:

- A- Mictions répétées au lit ou dans les vêtements (quelles soient involontaires ou délibérées)
- B- Le comportement est cliniquement significatif comme en témoigne une fréquence soit de deux fois par semaine pendant au moins 3mois consécutifs soit la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou d'autres domaines importants
- C- L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5ans(ou un niveau de développement équivalent)
- D- Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple diurétique) ni à une affection médicale générale (par exemple diabète, spina bifida, épilepsie). (Granger B., 2003, p 511).

Dans son article « Caractère et érotisme anal 1908 » Freud écrit à propos de l'énurésie : «on devrait de façon générale se demander si d'autres complexes

caractériels ne peuvent dépendre de l'excitation de zones érogènes déterminées. Jusqu'à présent je ne connais que l'ambition démesurée et «brûlante» de ce qui furent autrefois des énurétiques». (Laplanche J., 1996, p 145).

D'après Freud, 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.

2-Les types de l'énurésie

Il y a lieu de situer le moment où l'énurésie a lieu (la nuit ou la journée) et ce afin de comprendre ce qui a pu la déclencher. L'énurésie étant diagnostiquée, il est souhaitable de préciser un certain nombre d'éléments parmi lesquels le caractère primaire ou secondaire de celle-ci.

2-1 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'enfants réalisant trop tard leur besoin d'uriner : cas d'enfants n'osant pas demander à sortir de la classe, trop absorbés par leurs jeux ou encore lors d'un éclat de rire ou d'une grande peur. Quant 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, p 52).

Soul (2003) donne la précision suivante : « à partir du moment où il y a quelques gouttes dans le slip, l'enfant doit être considéré comme énurétique car il utilise dans la journée des procédés qui sont des équivalents masturbatoires. Il se procure certaines sensations soit par l'excitation urétrale soit par la rétention de l'urine, soit encore par l'idée qu'il va faire quelque chose de sale ou de répréhensible qui lui apportera un certain type de satisfaction. Cela engage de surcroît sa relation avec sa mère dans un domaine où il reste le maître absolu ». (Menai-Abid A., 2009, p 53).

L'énurésie diurne peut être due a :

- Un manque d'attention de l'enfant aux sensations provenant de la vessie
- A l'instabilité du detrusor
- A une faiblesse du col vésical
- A un urètre ectopique¹. (Lissauer T. et al., 1998, p 200).

Un enfant présentant des fuites urinaires diurnes a une forte probabilité d'avoir un trouble mictionnel fonctionnel.

La persistance d'un trouble fonctionnel mictionnel chez l'enfant en âge scolaire est souvent génératrice d'un grand stress pour l'enfant et peut s'accompagner de conflits avec les parents .Il a été démontré que les enfants qui présentent des épisodes d'incontinence diurne prolongés développent une diminution de l'estime de soi. Sur le plan organique, une vessie hyperactive peut évoluer en une dyssynergie vésico-sphinctérienne avec des reflux vésicaux-urétraux secondaires, des infections urinaires à répétition et une insuffisance rénale. (Wilhelm A. et al., 2010, p 26).

¹ Les urètres sont les deux conduits qui transportent l'urine des bassinets vers la vessie Et l'ectopique est une position anormale d'un organe

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. Dans sa thérapie Michel Rendu propose aux enfants qui présentent une énurésie diurne de faire un jeu avec une bouteille en plastique qui consiste à ce que les enfants urinent dans la bouteille à heures régulières en marquant la hauteur. Ce jeu devient une habitude semi consciente ; il est fait pour créer à l'enfant une habitude d'aller aux toilettes la journée. (Rendu M., 2004, p 240).

2-2 L'énurésie nocturne

L'énurésie nocturne concerne l'enfant qui mouille son lit la nuit après l'âge de cinq ans, souvent en l'absence d'incontinence diurne et de troubles mictionnels.

L'énurésie de nuit est le type le plus fréquent et les accidents qui arrivent pendant le sommeil désignent ce qu'on appelle une incontinence nocturne. La réalisation du contrôle de la vessie la nuit est plus difficile que celle du jour. La nuit quand ils sont endormis, les enfants doivent apprendre à se réveiller quand ils ressentent la pression de la vessie qui est pleine et doivent aller ensuite aux toilettes pour se soulager, plus l'enfant est jeune plus elle ou il risque de mouiller son lit. Il est parfaitement normal pour les enfants qui ont acquis la propreté de jour d'avoir des accidents la nuit pendant une année ou plus. L'incontinence nocturne survient généralement pendant le cycle de sommeil le plus profond. Elle peut être mise en rapport avec l'immaturation du système nerveux. (Nevid J., 2009, p 331).

Elle est primaire si l'enfant n'a jamais été continent la nuit pendant au moins six mois et secondaire s'il y a eu une rechute d'incontinence urinaire nocturne après plus

de six mois de maîtrise des urines la nuit. La société canadienne de pédiatrie avance que 15% des enfants de 5ans souffre d'énurésie nocturne. Les garçons, en général, y sont plus vulnérables que les filles.

L'incontinence nocturne peut survenir dans certains cas en raison d'une infection urinaire ou être causée par une maturation lente du fonctionnement de la vessie dans le processus de croissance. Les cycles de sommeil peuvent également l'expliquer : certains enfants dorment en effet trop profondément pour que l'envie d'uriner les réveille ; chez d'autres il peut s'agir d'une simple question de génétique: si vous avez vous même eu des problèmes d'incontinence nocturne étant jeune, le risque que votre enfant en développe un est de l'ordre de 25%, et de 65% si les deux parents ont vécu cette situation. (Giguere R., 2010, p 159).

Selon Bernard-Bonnin, certain causes de l'énurésie nocturne sont:

- Prédisposition génétique
- Diminution de la capacité vésicale
- Polyurie nocturne²
- Sommeil trop profond
- Apnée obstructive du sommeil
- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Bernard-Bonnin A., 2008, p 73).

2-3 L'énurésie primaire

² La polyurie est un symptôme ou une maladie caractérisée par des urines abondantes, fréquemment rencontrée dans le cas du diabète insipide et du diabète sucré.

L'énurésie qui persiste depuis la naissance est dite primaire, c'est à dire que l'enfant n'a jamais été propre la nuit depuis sa naissance. Elle est plus fréquente que l'énurésie secondaire.

L'énurésie primaire est dix fois plus fréquente que l'énurésie secondaire ; elle est présentée chez environ 30% des enfants de 4ans, 10% des enfants de 6ans, 5% des enfants de 10ans, 1 à 2% des adolescents de 18ans et 0,5% des adultes. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles. (Billard M., 2007, p 252).

Dans l'énurésie primaire aucune anomalie anatomique n'est habituellement décelée. Le trouble pourrait être lié à l'existence d'une pression intra- vésicale trop élevée, témoin d'un retard de maturation des contrôles nerveux au niveau de la vessie. La miction survient lors du sommeil profond, juste avant l'apparition d'une phase de sommeil agité, le plus souvent en début de nuit. (Senterre J. et al., 1996, p 420).

Une étude danoise avance une origine génétique pour l'énurésie primaire et dans le cas d'une incontinence nocturne persistante des gènes influenceraient le contrôle moteur. Il est probable que les facteurs environnementaux et comportementaux entrent aussi en ligne de compte dans la détermination et le développement du trouble. (Keer H., 2012, p 41).

Dans l'énurésie primaire le défaut d'apprentissage peut être en rapport avec un laisser-aller ou une passivité familiale, 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 la satisfaction entraînant certains bénéfices secondaires, 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. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 315).

2-4 L'énurésie secondaire

L'énurésie est dite secondaire si elle s'observe après une période de propreté complète d'au moins 6mois ; un facteur déclenchant est alors souvent retrouvé.

B.Hallgren considère qu'il y a énurésie secondaire quand (avant l'âge de 4ans) l'enfant n'a pas mouillé son lit pendant une année ou plus sans interruption. L'énurésie secondaire est plus rare que l'énurésie primaire.

L'énurésie secondaire impose, dans un premier temps, d'éliminer une cause organique: infection urinaire, diabète, constipation, néphropathie débutante. La survenue d'un événement traumatique est souvent au premier plan. (Prouff J. et al., 1995, p 264).

L'énurésie secondaire est plus souvent due à l'existence de tensions psychologiques chez l'enfant, beaucoup plus rarement à des anomalies organiques. Le traitement repose sur l'identification de la cause des accidents nocturnes. (Senterre J. et al., 1996, p 420).

Il semblerait que ce soit l'énurésie secondaire qui est associé à des facteurs psychosociaux. 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 évènement déclenchant individuel ou familial qui pourra être recherché et exploré avec tact : par exemple le divorce des parents, la perte d'un membre de la famille, maltraitance, déménagement, etc. (Philippe C. et al., 2008, P 4).

L'énurésie secondaire peut résulter de nombreuses causes:

- Une incapacité à concentrer ses urines en rapport avec un diabète sucré, un diabète insipide ou néphrogénique.
- .Une augmentation du volume urinaire secondaire à l'ingestion de caféine ou de médicaments diurétiques.
- Une pathologie neurologique ou crises épileptiques
 - Un syndrome d'apnées obstructives du sommeil
 - Un stress psychologique (mauvaise entente ou divorce des parents, difficultés scolaires). (Billard M., 2007, p 254).

Selon une étude danoise, l'énurésie secondaire n'est pas génétiquement influencée, elle caractérise des enfants présentant une incontinence nocturne occasionnelle qui pose un problème après la période d'apprentissage de la propreté (Keer H., 2012, p 42).

Dans l'énurésie secondaire, la régression peut être en rapport avec un abandon réel ou des frustrations mal supportées et correspondre au retour à un état de dépendance, à une complaisance ou à une érotisation régressive. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 315).

Dans certains cas l'énurésie secondaire se manifeste souvent à la naissance d'un autre bébé. L'enfant qui était le centre du monde se voit propulsé au statut de «grand» mais il désire (consciemment ou non) prendre la place de ce nouveau bébé dont les parents s'occupent. Il fait alors le bébé et se remet à mouiller son lit. (Sahuc C., 2006, p 130).

Ainsi, l'énurésie est un trouble mictionnelle qui touche les enfants de plus de 5ans, elle est le plus souvent nocturne et peut prendre plusieurs formes : primaire ; si l'enfant n'a jamais été propre la nuit et secondaire si l'enfant se remet à mouiller son lit alors qu'il était propre.

3- Facteurs étiologiques de l'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.

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, selon M. Fischbach, « elle est plus un état transitoire qu'une maladie fixée ». (Philippe C. et al., 2008, P 2).

3-1 Les facteurs psychologiques

Il n'existe pas d'explication univoque de l'énurésie ; certains facteurs psychologiques joueraient un rôle déclenchant, d'autres l'entretiendraient ou l'aggraveraient.

Dans leur grande majorité, les enfants présentant une énurésie primaire n'ont pas à la base des troubles du comportement, mais il est bien certain que les contraintes imposées par l'énurésie ont des répercussions psychosociales plus ou moins importantes.

Selon Averous M., les conséquences psychologiques de l'état d'énurésie sont réelles, et l'on connaît les sentiments de honte, de perte de confiance, de rejet et de repli sur soi, de culpabilité, de mauvaise estime de soi (tendance à l'isolement). (Averous M. et al., 2001, p 6).

De nombreux auteurs psychiatres et psychanalystes ont montré comment l'énurésie peut devenir une source de plaisir culpabilisé ; certains enfants en retirent des bénéfices secondaires par les soins corporels et l'attention qu'elle impose à la mère de l'enfant. Il n'ya pas de personnalité type de l'enfant énurétique. On peut distinguer cependant différents contextes psychologiques dont le déterminisme renvoie à un contexte relationnel entre l'enfant et son entourage. L'énurésie entraîne certes une souffrance de l'enfant, mais lui procure également une satisfaction libidinale directe ou indirecte variable selon le cas.

On distingue les cas suivants :

1-Enfant opposant/agressif: l'énurésie prend ici la signification d'une manifestation d'opposition. L'enfant tente d'utiliser son symptôme comme moyen de pression ou de rétention en face des exigences parentales concernant l'éducation sphinctérienne.

2-Enfant inhibé/passif: 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, on note assez souvent une composante masochiste : recherche de punition. Le symptôme prend une valeur agressive/agressivité dirigée vers les parents et retournée contre soi même.

3-Enfant hyperémotif/immature: l'énurésie est 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.

4-Enfant présentant des symptômes névrotiques : a la fin de la période de latence ou en début de puberté, l'énurésie paraît dans certains cas, comme la manifestation d'un plaisir organique centré sur la zone urétrale et génitale, constituant un équivalent masturbatoire, un compromis entre plaisir et angoisse. L'énurésie peut être ici comparée à un symptôme névrotique se traduisant dans le corps. 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., 1995, p 226).

Selon Dolto (1984) l'énurésie peut représenter un désir de transgression, la miction pouvant être assimilée à un plaisir sexuel ou être une régression en réponse à la naissance d'un petit frère, d'une petite sœur ou une réaction à d'autre stress ou changement de vie comme l'entrée à l'école, la souffrance face à la perte d'un parent ou d'un membre de la famille.

Pour Duma ce genre d'affirmation est courant dans certains milieux cliniques mais ne repose sur aucune donnée scientifique, faisant rarement l'objet d'évaluations systématiques de la part de leurs auteurs. Si les processus invoqués par les théoriciens d'orientation psychanalytique jouent un rôle étiologique dans les troubles du contrôle sphinctérien ou contribuent à leur maintien, ce rôle reste donc à démontrer. (Dumas J., 2002, p 427).

3-2 Le facteur héréditaire

La prédisposition familiale de l'énurésie est incontestable pour les pédiatres et médecins généralistes. 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 ENUR 1 sur le bras long du chromosome 13. Le mode de

transmission n'est toujours pas établi du fait de l'hétérogénéité phénotypique de l'affection. Selon certains auteurs, elle se ferait sur un mode autosomique dominant, avec forte pénétrance. Cependant, qu'un enfant sache qu'un de ses parents était énurétique ou qu'un proche parent l'est toujours peut avoir une influence sur son énurésie. (Philipp C., 2008, p 3).

H. Bakwen, considérant que très souvent les parents minimisent le fait qu'eux-mêmes ont été énurétiques, a eu l'idée de faire une enquête confidentielle auprès d'un groupe de confrères. Dans son étude de 25 familles de médecins comportant au moins un enfant énurétique, il relève que 23 parents et 17 membres de la fratrie ont présenté une énurésie dans leur enfance. Dans le groupe de familles ne comportant aucun enfant énurétique, il ne relève que 3 parents énurétiques dans leur enfance. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 306).

S'appuyant sur les résultats des recherches portant sur les enfants des Kiboutz et sur les jumeaux, H Bakwin conclue que les présomptions sont fortes en faveur d'une base héréditaire de l'énurésie. M. Kaffman, dans son étude de l'énurésie chez les enfants des Kibboutz qui sont confiés à des pouponnières peu après la naissance, signale que le taux d'énurétiques est sensiblement le même que chez les enfants élevés en communauté que chez les enfants élevés dans leur famille. Les parents des enfants énurétiques signalèrent spontanément les cas personnels d'énurésie; dans une des familles, on retrouve l'énurésie successivement dans les trois générations antérieures, chez les femmes. En ce qui concerne l'étude par rapport aux jumeaux; B. Hallgren, qui a rassemblé tous les cas utilisables de la littérature, rapporte que l'énurésie est concordante dans les deux tiers des cas de jumeaux monozygotes, tandis qu'elle est discordante dans les 10 couples de jumeaux dizygotes. Après une étude systématique,

elle postule que l'énurésie pourrait être déterminée soit par un gène majeur dominant, soit seulement par l'interaction des poly-gènes et du milieu extérieur, mais admet qu'il existe un grand nombre de cas qui ne sont pas génétiquement déterminés. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 306).

3-3 Les facteurs vésicaux

Il ya énurésie quand l'émission est involontaire et inconsciente. Il y a incontinence quand l'émission d'urine est involontaire mais consciente. Dans ce dernier cas, les efforts du malade pour se retenir restent vains et les mictions sont anormales. Selon Soulè, il faut, avec juste raison, distinguer formellement les deux termes et réserver à chacun une signification pathologique précise afin d'éviter toute confusion. Avant de parler des facteurs vésicaux dans l'incontinence urinaire on doit souligner l'importance du diagnostic différentiel qui se pose essentiellement par apport à l'incontinence d'urine qui traduit l'existence d'une lésion organique précise, mécanique, nerveuse ou inflammatoire. (*Ibid*).

Les travaux faisant état d'études cystomanométriques n'ont pas confirmé l'existence de la classique «petite vessie» décrite par les anciens auteurs. Celle ci est suspectée chez certains enfants pollakiuriques³ de jour comme de nuit. Certains auteurs affirment que la capacité vésicale fonctionnelle serait réduite d'au moins 40% chez 30% des enfants énurétiques, ce qui expliquerait les énurésies à volume normal. M.Averous a bien démontré dans ses travaux sur des enregistrements cystomanométriques que l'enfant peut avoir «une immaturité vésicale résiduelle bien compensée le jour mais encore libérée la nuit par défaut d'inhibition». (Philippe C. et al., 2008, p 3).

³ La pollakiurie désigne des besoins d'uriner trop fréquents, survenant parfois plusieurs fois par heure

On peut distinguer les facteurs vésicaux suivants :

3-3-1 L'immaturation vésicale

Son prolongement dans le temps expose l'enfant à bien des ennuis et répond au syndrome d'immaturation vésicale physiologique dont certaines conséquences peuvent devenir véritablement pathologiques, telles l'infection urinaire basse de la fillette, certains reflux vésicaux-rénaux ou le véritable passage à la dyssynergie vésico sphinctérienne. Les données urodynamiques⁴ nous ont appris que le dénominateur commun était une hyperactivité vésicale pouvant dépasser le jour les 100 cm d'H₂O et les 300 cm H₂O la nuit. Il existe des corrélations très précises entre les données des explorations urodynamiques et celles d'un interrogatoire clinique élémentaire de l'enfant et de son entourage. Les anticholinergiques peuvent réduire cette hyperactivité vésicale. Il existe deux formes :

- **La forme typique** : associe l'énurésie nocturne et des troubles diurnes : impériosité⁵, pollakiurie, petites fuites d'urine responsables des classiques "culottes mouillées" et survient plus tard.

- **La forme rétentionniste** : moins fréquente, est une phase évolutive de la précédente. A force de se retenir, et pour éviter la fuite d'urine, certains enfants développent une hypertonie sphinctérienne et deviennent rétentionnistes. La vessie augmente progressivement de capacité et se vide moins souvent avec ses conséquences pathologiques de fuites et d'infection. (Averous M., 2001, p 4).

⁴ L'urodynamique est un examen médical consistant à vérifier l'état de fonctionnement du système urinaire

⁵ Envie irrésistible et souvent douloureuse d'uriner

3-3-2 Infection des voies urinaires:

Environ 5% des énurétiques ont des signes d'infection urinaire, soit 5 fois plus que dans la population générale. Les infections des voies urinaires sont retrouvées plus fréquemment dans les énurésies diurnes. La prévalence d'énurésie chez les filles ayant une infection urinaire est 5fois plus élevée que chez les garçons. L'énurésie favoriserait la survenue d'infection des voies urinaires qui elle même entretient l'énurésie. Le traitement de l'infection urinaire par des antibiotiques ne met pas pour autant un terme à l'énurésie, puisque celle ci persiste chez environ un quart des sujets. (Granger B., 2003, p 512).

3-3-3 Troubles neuromusculaires:

En rapport soit avec des lésions acquises de la moelle épinière, soit avec des affections congénitales. Dans le cas des lésions acquises (myélite, traumatismes médullaires, etc) comme dans celui des affections (spina-bifida), la malformation est évidente au simple examen. M.F. Campbell décrit des anomalies du tractus urogénital dans les deux tiers des cas d'enfants énurétiques résistant aux méthodes habituelles de traitement. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 307).

3-4 Le facteur du sommeil

Afin d'essayer de comprendre le rapport qui pourrait exister entre l'énurésie et le sommeil, il importe de faire un bref rappel sur le sommeil: le sommeil est un état physiologique survenant périodiquement et caractérisé par la réduction de l'activité, le relâchement du tonus musculaire et la suspension de la conscience. Dement et N. Kleitman ont décrit deux types de sommeil objectivés par les tracés électroencéphalographiques (EEG): le sommeil à ondes lentes ou «sommeil lent», et le sommeil à ondes rapides encore appelé «sommeil paradoxal». Le sommeil lent se

divise en 4 stades: l'endormissement, le sommeil léger, le sommeil moyen et le sommeil profond. Le sommeil rapide est dit «paradoxal» parce que le tracé EEG est proche de celui de l'éveil bien que le sommeil soit profond (des stimulations très fortes sont nécessaires pour réveiller le dormeur à ce moment). (Sillamy N., 2003, p 252).

Selon Michel Averous l'énurésie nocturne a de toute évidence des rapports très étroits avec le sommeil. « Pour s'en convaincre, il n'est qu'à écouter les doléances de la plupart des parents concernant leur enfant qui dort très profondément et que rien ne peut réveiller, pas même sa fuite d'urine ». De nombreux enregistrements polygraphiques étudiant sommeil et énurésie ont montré que l'épisode énurétique comporte :

- a)** une phase d'initiation avec élévation de la pression vésicale.
- b)** une phase de fuite proprement dite.

La phase d'initiation débute souvent dans la première partie de la nuit, parfois rapidement, quelques minutes après l'endormissement par une élévation brutale ou progressive de la pression vésicale survenant presque toujours au cours du sommeil lent et une fois sur deux au cours du sommeil lent profond (stades 3 et 4). Cette hyperpression vésicale non inhibée entraîne l'enfant dans une réaction d'éveil. Il remonte successivement les stades du sommeil le séparant de l'éveil. Une véritable course de vitesse s'établit alors entre la montée de la pression vésicale et l'allègement du sommeil qui va permettre aux réflexes d'inhibition de devenir plus efficaces et suffisants pour le protéger de la fuite. Deux situations peuvent alors se présenter :

1. Si l'enfant accède rapidement à un sommeil plus léger, il peut : soit inhiber efficacement son hyperpression vésicale et poursuivre son sommeil sans fuite jusqu'au

prochain cycle, soit se réveiller pour uriner. Constaté qu'un énurétique se réveille spontanément la nuit pour uriner est un signe de début de guérison.

2. Si l'enfant ne réussit pas à alléger suffisamment son sommeil, la fuite survient, provoquée par l'hyperpression vésicale incontrôlée. Le moment de cette fuite est variable et peut survenir à n'importe quel stade de la remontée vers l'éveil expliquant ainsi le caractère polymorphe retrouvé dans la littérature du moment de la fuite, alors que l'initiation de cette fuite s'est établie dans une phase de sommet lent et profond. Il est important mais toujours difficile de savoir quand et combien de fois durant son sommeil l'enfant a perdu ses urines. (Averous M., 2001, p 5).

En résumé, c'est bien le sommeil qui fait la différence entre la nuit d'un enfant énurétique et la nuit de celui qui ne l'est pas. La profondeur du sommeil d'un enfant énurétique lui interdit d'être réveillé à temps par sa vessie alors qu'un besoin d'uriner réveillerait un enfant normal. L'enfant énurétique dort profondément et mouille son lit parfois à plusieurs reprises au cours d'une même nuit.

Le sommeil n'est pas plus profond chez l'enfant énurétique que chez l'enfant propre 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 propre la nuit poursuit son réveil quand sa vessie est pleine, alors que l'enfant énurétique poursuit ses cycles normaux de sommeil.

Conclusion:

Mouiller son lit peut être une expérience très désagréable pour l'enfant, mais il s'agit d'un phénomène involontaire, inconscient et bénin. Dans la plupart des cas, l'énurésie ne relève pas d'un problème médical, mais d'une question de développement et d'éducation.

De ce fait, dans le chapitre suivant, nous aborderons l'apport et l'attitude de la mère lors de l'éducation sphinctérienne urétrale de l'enfant.

Chapitre II

L'éducation sphinctérienne urétrale

C'est dans l'expérience corporelle et émotionnelle que l'enfant se construit en tant qu'individu ; il élabore une image de lui-même, de son rapport avec les autres et du monde qui l'entoure ; à cet égard, l'apprentissage de la propreté constitue un enjeu important. Cette expérience corporelle a la particularité de se doubler d'une activité psychique intense qu'il importe de prendre attentivement en compte sous peine de conséquences parfois importantes.

Cependant, une éducation trop rigide et surtout trop précoce peut être préjudiciable. En effet, le contrôle sphinctérien nécessaire pour déclencher une miction consciente n'est pas acquis avant l'âge de 18 mois : pour repère, l'enfant doit bien maîtriser la marche pour être capable de monter quelques marches. Il faut qu'il soit totalement propre le jour pour qu'il puisse le devenir la nuit. De manière générale, il convient de ne pas s'inquiéter si l'enfant n'est pas propre la nuit avant 5 ans. Au-delà, on peut parler d'énurésie.

1-L'acquisition du contrôle sphinctérien urétrale

L'acquisition du contrôle sphinctérien et des conduites sociales associées est conditionné par des facteurs de maturation physique et d'évolution psychique. Il s'agit pour l'enfant d'une part de développer la capacité de rétention et d'évacuation volontaire et d'autre part, d'adopter des conduites socialement attendues à ce propos.

L'acquisition de la propreté diurne précède l'acquisition de la propreté nocturne. L'acquisition de la propreté est plus précoce chez la fille. Elle n'est pas modifiée par l'entraînement et la mise sur le pot précoce. A l'âge de 3 ans 84% des fillettes et 53% des garçons ont acquis la propreté diurne. A 4 ans, ces chiffres atteignent 98% et 88% respectivement pour atteindre 96 et 94% à 6 ans. (Wilhelm A. et al., 2010, p 25).

Gesell identifie les stades de l'acquisition de la propreté:

- à 2ans, la propreté diurne est généralement acquise ;
- à 3ans, si on le réveille une fois dans la nuit, l'enfant parvient à être propre ;
- à 3ans et demi, il est propre bien que jusqu'à 5-6, il puisse encore mouiller son lit. (Gueniche K., 2007, p 50).

La vessie est un organe musculaire creux, particulièrement extensible et élastique qui joue un rôle de réservoir. Elle a la capacité de stocker une quantité d'urine allant jusqu'à un tiers de litre. Les fibres musculaires lisses qui la constituent possèdent des récepteurs sensibles aux variations de pression et leur disposition explique les aspects biomécaniques de la continence et de la miction. Cependant, le muscle vésical lisse est associé, comme le muscle rectal, à un sphincter strié, ce qui confère à la vessie un double contrôle de nature réflexe et volontaire. (Averous M. et al., 2009, p 6).

En tant que comportement, l'acquisition de la propreté et du contrôle sphinctérien urétral dépend de:

1-1 La maturation neurologique

Concernant la miction, les études de manométrie vésicales ont montré que cette maturation suit habituellement trois phases :

A- La vessie infantile ou automatique ou réflexe:

Jusqu'à 1ans la miction est déclenchée dès que la pression atteint un certain seuil.

La vessie du nouveau-né et de l'enfant dans la première année de sa vie est un organe purement réflexe où les récepteurs sensibles à la distension pariétale vont

induire à partir du centre médullaire de la miction une contraction du détrusor¹ à un volume très bas. L'enfant ne semble pas percevoir la sensation de réplétion vésicale ; il ne peut ni initier, ni stopper sa miction. Les influences modulatrices centrales et corticales volontaires sont totalement absentes à cet âge. (Averous M. et al., 1997, p 476).

B- La vessie immature

De 1 à 3ans apparition de possibilités croissantes d'inhibition

La première étape de l'acquisition du contrôle mictionnel survient habituellement entre l'âge de un et deux ans et repose sur la prise de conscience de la réplétion vésicale, donc du besoin et sur la possibilité pour l'enfant de constater qu'il peut éviter une fuite d'urine si, au moment où survient le «besoin», il contracte volontairement son plancher pelvien, donc son sphincter strié et met en jeu un réflexe d'inhibition du détrusor. Cette acquisition le conduit progressivement à augmenter sa capacité vésicale, à la continence et à la propreté diurnes. (*Ibid*).

C- La vessie adulte

Apparition d'une courbe manométrique comparable à celle de l'adulte après 3 ans seulement. Le contrôle est équivalent à celui de l'adulte.

Avec le temps, les influences inhibitrices d'origine supérieure sur l'ensemble vésico-sphinctérien entraînent un accroissement du volume vésical et une diminution de l'hyperactivité vésicale. La continence est assurée aussi bien par l'inhibition centrale que par l'action volontaire sur le sphincter strié de l'urètre. La miction s'effectue alors et toujours avec une totale synergie vésico-sphinctérienne et un tracé cystométrique dépourvu de tout accident d'hyperactivité. (*Ibid.*, p. 477).

¹ Le détrusor est la couche musculuse de la vessie

1-2 La maturation affective

L'enfant doit être capable de prendre conscience de la sensation locale engendrée par la vessie pleine, il doit également maîtriser la communication pour en avertir l'adulte. Il doit avoir le désir de devenir grand et autonome comme les adultes, les exigences de propreté de la mère ne doivent pas être trop rigides ou colorées de sentiments de puissance par rapport au corps de son enfant pour que celui-ci désire y répondre.

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 là comme un appel à l'adulte. (Lacombe J., 2008, p 171).

On retrouve aussi le contexte relationnel qui prend toute son importance dans l'acquisition du contrôle de la propreté. Certaines mères désirant voir l'enfant devenir grand, valorisent ses efforts, reçoivent l'urine de leurs enfants avec plaisir et se montrent tolérantes en cas d'échec: l'enfant redouble alors ses efforts devant les satisfactions qu'il retire du fait de contenter sa mère. Il faut noter que les conditions relationnelles de cet apprentissage ne varient pas seulement en fonction de la personnalité de la mère, mais aussi du contexte familial et culturel. (Dumont J., 1995, p 264).

On notera que l'acquisition de la propreté implique pour l'enfant un renoncement à des plaisirs dont il vient justement d'acquiescer les contrôles ; l'enfant se retrouve placé devant le choix de satisfaire ses plaisirs personnels ou d'y renoncer pour faire plaisir à sa mère dont il veut conserver l'amour.

2-L'attitude de la mère lors de l'apprentissage de la propreté

La propreté c'est comme la marche ; ça ne s'apprend pas ; par contre ce que la maman peut faire c'est de mettre l'enfant dans les meilleures conditions pour qu'il acquière de lui-même, le moment venu, la possibilité et le désir de contrôle de ses sphincters. Pour cela, il faut qu'il soit prêt physiquement et psychologiquement. Comme dans tout son développement, il va suivre son propre rythme ; c'est pourquoi il est parfaitement inutile de la part de la mère de manifester à ce sujet impatience ou inquiétude. Il importe donc de respecter le rythme de l'enfant, c'est à dire d'attendre que cette évolution se produise et donc de suivre l'enfant plutôt que de le précéder.

2-1 L'enjeu de l'apprentissage de la propreté

L'apprentissage du contrôle sphinctérien comporte entre autres d'importantes dimensions de plaisir : sensations locales plaisantes liées à ce contrôle, intérêt et curiosité manifestés par l'enfant pour ses matières, plaisir lié à la maîtrise croissante du corps. Cependant, comme toujours lorsqu'il ressent des sensations de plaisir, l'enfant est encore d'avantage sensible à la participation émotionnelle de ses parents et de sa mère en particulier. S'il sent qu'il détient la un moyen de lui faire plaisir, qu'il la sente contente et en accord avec lui, son propre plaisir en est transformé. (Dumas J., 2004, p 59).

Les besoins d'uriner sont des besoins naturels dont la satisfaction procure du plaisir. L'apprentissage de la propreté est le contrôle de ces besoins ; répondant à la demande de l'adulte, elle deviendra un enjeu relationnel entre l'enfant et l'adulte. L'enfant prend conscience de la maîtrise de son corps et du choix qu'il a, celui d'évacuer ou de retenir. Cet enjeu sera fonction de l'attitude maternelle plus ou moins rigide, de son intérêt plus ou moins grand envers les urines ou de son angoisse face à l'enfant qui retient. Du côté de l'enfant, l'enjeu dépendra de sa crainte plus ou moins grande de perdre l'amour de sa mère ou encore de son désir de rester maître de son

corps. Que ce soit pour manifester du plaisir ou de l'agressivité, uriner est un besoin naturel, investi d'émotions. (Lacombe J., 2008, p 172).

2-2 L'éducation sphinctérienne trop précoce

Encore aujourd'hui, on commence parfois comme on le faisait souvent autrefois, par mettre le bébé sur le pot dès trois ou quatre mois. Le contact répété finit par provoquer un réflexe conditionné et l'enfant se trouve ainsi « dressé » à huit, dix ou douze mois ; or ce dressage animal mutile une expérience irremplaçable pour le développement psychique et affectif de l'enfant. (Nouri A., 1994, p 20).

Winnicott(1957) estime que l'apprentissage de la propreté ne peut se faire de manière sereine que si les exigences maternelles ne dépassent pas les possibilités du bébé. Dolto insiste de son côté sur les méfaits d'une éducation trop précoce à la propreté ; « combien de parents n'attendent pas le moment favorable physiologiquement pour imposer des règles de propreté à l'enfant ; on s'aperçoit que plus un enfant à été propre tôt, plus il grandit mal à l'aise et plus il a de difficultés pour son épanouissement ultérieur. ». (Dollander M., 2003, p 21).

Il est fréquent de voir les parents engager l'apprentissage de la propreté beaucoup trop précocement par rapport au stade de développement de l'enfant. En moyenne, le contrôle des sphincters ne commence jamais à s'élaborer avant dix huit ou vingt mois, et peut être beaucoup plus tardivement si l'enfant présente un retard de maturation. Cette maturation peut être approchée par d'autres paramètres, tels que la date d'acquisition de la marche (en principe 15 mois pour 60% des enfants). Ceci fait dire à Dolto(1984) que cette éducation sphinctérienne est généralement à donner entre vingt et trente mois, si l'on s'attache bien sur à respecter le développement purement physiologique de l'enfant. En cas de retard de maturation, il faudrait pouvoir patienter un peu plus encore. (*Ibid*).

Selon Dolto (1981) l'enfant ne peut acquérir spontanément la propreté avant qu'il ne soit capable de monter ou de descendre seul quatre ou cinq marches et qu'il ait

découvert tout seul le plaisir de jouer avec l'eau pendant des heures. Cet auteur insiste sur le fait que l'achèvement anatomo-physiologique du système nerveux n'étant pas acquis avant 2ans et demi, l'éducation sphinctérienne ne doit jamais être donnée avant cet âge. Toute éducation plus précoce est assimilée à un dressage subi par l'enfant et serait responsable de graves troubles du développement ultérieur dont « l'énurésie ». (Bril B., 1999, p 5).

C'est le facteur socio-économique qui force les mamans à opter pour une éducation sphinctérienne précoce. En période de crise doublée de difficultés matérielles importantes, en particulier dans les milieux sociaux les plus démunis, on imagine aisément l'économie substantielle réalisée au sein d'une famille où la propreté très précoce de l'enfant permet de mettre fin à l'achat des couches. De même la loi qui définit les conditions d'entrée en petites sections maternelles a un effet pervers. Cette possibilité est offerte aux enfants dès deux ans, à condition qu'ils soient propres quand on voit la difficulté, dans beaucoup de foyers où les deux parents exercent une activité professionnelle à trouver une place en crèche ou une nourrice adéquate. (Dollander M., 2003, p 22).

Néanmoins, d'autres paramètres intrapsychiques et interpersonnels semblent peser lourdement pour certaines mères ; la preuve d'un bon exercice de la fonction maternelle serait traduite par la capacité de faire acquérir assez tôt la propreté à leur enfant. En corollaire, un retard dans cette acquisition deviendrait un révélateur d'incompétence maternelle; on a parfois l'impression d'une rivalité, d'une compétition entre les mères ; il devient alors désolant de constater qu'il peut s'installer une équivalence chez certaines entre qualité du maternage et précocité de l'apprentissage sphinctérien. (*Ibid*).

2-3 L'éducation sphinctérienne trop rigide

Les parents peuvent se montrer trop exigeants, ne pas tolérer les échecs éventuels de l'enfant et lui en vouloir de ne pas réussir pensant qu'il est opposant. L'enfant se voit comme menacé dans son intégrité par la volonté de propreté venant des parents alors qu'il tend à leur résister à aller sur le pot et veut demeurer sale comme une manifestation d'agressivité à leur égard. (Dumat J. et al., 2004, p 59).

Dolto(1984) remarque que les mères qui interdisent la liberté sphinctérienne à leur enfant pour qu'il ne se salisse pas et ce bien qu'il n'ait pas encore la possibilité anatomique sensorielle, sensorimotrice de contrôler neurologiquement ses sphincters et d'éprouver le plaisir lié à ce contrôle font comme si elles lui interdisaient de s'individualiser par rapport à elles. (Dollander M., 2003, p 24).

Les illustrations d'un trop plein de rigidité parentale sont aisées à trouver. La plus fréquente est d'obliger l'enfant à rester un temps très important sur le pot, voir à le sangler à une chaise-pot jusqu'à l'expulsion de l'urine. Si cette dernière ne se produit pas, survient alors fréquemment l'irréparable, avec un risque pour l'adulte de se laisser déborder par ses pulsions sadiques et son désir de contrôle tout-puissant de l'enfant. Il n'est pas rare dès lors que la situation se prolonge malgré les cris et les protestations de l'enfant auxquels l'éducateur reste sourd. (*Ibid*).

Le sadisme parental peut, dans ce contexte prendre :

-la voie de l'humiliation : par exemple si le parent accuse ironiquement l'enfant de vouloir rester un bébé.

-la voie de culpabilisation : si l'enfant est dévalorisé et accusé de chercher à se retenir (alors que dans bien des cas, le contrôle cortical volontaire n'existe pas encore).

-la voie de l'insécurisation totale de l'enfant : si l'éducateur le menace clairement de ne plus pouvoir l'aimer s'il n'urine pas dans l'instant, ce qui chez le parent nous semble relever d'une confusion grave entre l'acte et l'être. (*Ibid*).

Selon Aicha Abid, parmi les attitudes maternelles d'enfants énurétiques observés en Algérie, elle a décelé une attitude inadéquate envers le contrôle sphinctérien. Pour elle la conduite inadéquate de la mère peut prendre différentes formes et souvent opposées. Cela peut être soit :

- 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.

- 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.

DUCHE (1987) 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.

-la mère rejetante

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.

- la mère menaçante

Coups et menaces sont le lot de certains enfants énurétiques : menaces de couper la tête, le zizi, menaces de se séparer de l'enfant et de le donner à l'assistance publique. Persuadées du bien fondé de telles pratiques, ces mères les utilisent fréquemment.

- la mère humiliante

L'humiliation et la comparaison de l'enfant énurétique à un membre de sa fratrie ou à un camarade non énurétique est chose courante chez certaines mères qui sont ainsi sûres de "motiver" l'enfant à devenir propre. (Abid A., 2009, p 67).

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

3-La prise en charge de l'énurésie

Lorsqu'une famille et, à fortiori, un enfant viennent consulter pour énurésie, il faut prendre le problème au sérieux et ne pas se contenter de la formule habituelle «ça passera avec le temps», et cela pour deux raisons essentiellement: d'une part, car on peut toujours proposer des solutions même si le traitement miracle n'existe pas; d'autre part, dans certains cas, le symptôme «énurésie» correspond en fait à une incontinence urinaire nocturne liée à un problème organique, dont les conséquences peuvent être graves.

L'étape clinique est donc primordiale pour bien cadrer le problème ; il faut savoir que la prise en charge de l'énurésie ne sera proposée qu'à un enfant désireux de guérir.

On retrouve plusieurs méthodes de prise en charge de l'énurésie:

3-1 Les traitements médicamenteux

Les médicaments ne doivent pas être utilisés en première intention. Leur prescription sera discutée en cas d'échec des mesures générales et lorsque l'énurésie

dérange l'enfant. Ils peuvent mettre l'énurésie entre parenthèse et redonner confiance à un enfant qui se décourage. Il convient de retenir deux médicaments: la desmopressine et l'imipramine ; cependant l'imipramine est peu utilisé chez l'enfant et doit être abandonné en première intention en raison de ses effets indésirables. (Philippe C. et al., 2008, p 6).

La desmopressine est une hormone synthétique de la vasopressine qui est une hormone antidiurétique diminuant la production nocturne d'urine, souvent administrée sous forme de spray nasal. Généralement efficace dans 70% des cas mais les rechutes sont fréquentes à l'arrêt du traitement. (Averous M., 2009, p 4).

3-2 La prise en charge psychologique

L'énurésie n'est pas une maladie. Chez l'enfant, c'est un symptôme fréquent dont l'évolution est habituellement favorable spontanément. En grandissant, l'enfant et les parents accepteront de plus en plus mal cet état et très légitimement seront demandeurs d'un traitement. La réponse pharmacologique est la plus habituelle, mais depuis longtemps les thérapeutes anglosaxons préfèrent l'utilisation des thérapies comportementales à l'aide de systèmes d'alarme. Il s'agit d'une méthode sans effet secondaire qui reste compatible avec les traitements médicamenteux. Les thérapies comportementales se fondent sur les lois de l'apprentissage et du conditionnement et visent à modifier la conduite d'un individu, en l'amenant à diminuer le nombre de ses comportements inadaptés et à accroître celui de ses comportements adaptés.

Le traitement par le conditionnement très à la mode de nos jours, a été décrit de façon magistrale par les époux Mowrer en 1938. Mais c'est probablement à Nye qu'il faut attribuer l'idée originale du « pipi-stop » : qui consiste à fixer l'un des pôles d'une batterie électrique à une éponge humide ou à une plaque métallique placée entre les épaules du patient et l'autre à une éponge sèche placée sur le sur le méat urinaire.

Lorsque ceci est fait et arrangé de telle sorte que le patient ne soit pas gêné, mettez-le au lit. Lorsque l'éponge est sèche, aucune électricité ne passe et le patient dort. Par contre, lorsqu'il commence à uriner, l'éponge est mouillée et devient conductrice. Le circuit est alors complété par le corps du patient, le son d'une cloche réveillera le patient. La répétition d'une telle expérience un nombre suffisant de fois permet de guérir le patient. (Cochat P., 1997, p 27).

Il est préférable de ne pas utiliser le « stop-pipi » avant 7ans. Le bruit de cet appareil peut poser problème pour la fratrie, mais si l'enfant accepte ce système les résultats sont bons ; cette technique est souvent préconisée aux Etas Unis. Elle intervient sur le conditionnement de l'enfant par l'apprentissage du contrôle mictionnel et elle aurait le meilleur taux de réussite et le plus faible de rechute. (Nevid J. et al., 2009, p 331).

Pour Ferrari, la dimension psychothérapeutique de tout traitement de l'énurésie est capitale. Elle cherche à prendre en compte l'aspect psychologique, voir psychopathologique sous-jacent du symptôme. Cependant, lorsque l'énurésie apparaît comme un symptôme au sein d'un état névrotique, une psychothérapie de l'enfant doit être proposée. Elle vise à l'élucidation des motivations inconscientes de l'enfant. (Ferrari P., 1993, p 79).

Selon Despinoy (1999) l'énurésie passe quand l'enfant grandit ; sinon on doit procéder par des étapes :

- 1) D'abord évaluer les réactions de l'enfant face à son trouble, son développement, ce qu'il implique dans la dynamique familiale. Il arrive que le regard d'un adulte étranger ait des effets thérapeutiques.
- 2) Envisager des mesures éducatives simples et des changements d'attitude avec les parents et l'enfant par exemple : réveil la nuit, limitation de la

boisson de liquide du soir, conditions d'endormissement. . . etc. l'enfant doit pouvoir se sentir responsable de son trouble.

3) Un soutien thérapeutique sera ensuite éventuellement proposé à l'enfant, surtout s'il est dans un contexte névrotique ; un soutien familial s'avère souvent nécessaire.

Selon Averous l'aide thérapeutique repose sur la création d'une relation de confiance entre le thérapeute et l'enfant. Il faut en effet obtenir sa prise de conscience et sa coopération active avec :

- Tentative d'explication du syndrome énurésie à partir des différents facteurs qui ont pu être identifiés ;
- Bannissement des couches même si on comprend que les parents ne puissent s'en passer. Pas de tentative sérieuse et dans tous les cas pas de médicaments avec des couches ;
- Limitation des boissons après 18 heures, ce qui suppose souvent d'apprendre à l'enfant de boire d'avantage l'après-midi ;
- Conseil de vider la vessie au dernier moment avant l'endormissement ;
- Le lever nocturne est parfois proposé. Mais on a pu reprocher à cette méthode d'altérer la qualité du sommeil de l'enfant et de perturber le climat familial ;
- Responsabilisation sans culpabiliser l'intéressé en lui demandant de se prendre totalement en charge au niveau de l'intendance des draps et des pyjamas ;
- Tenue quotidienne d'un carnet où seront consignés les épisodes énurétiques, les troubles diurnes s'ils existent, et les éventuelles améliorations. Ce carnet sera impérativement rapporté lors de la consultation de contrôle ;
- L'acupuncture, l'auriculothérapie, l'homéopathie, cures thermales sont utilisées avec des résultats parfois encourageants. (Averous M., 2001, p 7).

Conclusion

Pour contrôler ses sphincters l'enfant doit avoir accompli sa maturation neuromusculaire et affective, l'acquisition de ces critères se vérifie chez la plupart des enfants vers 2ans, 2ans et demi. il est donc inutile de mettre l'enfant trop jeune sur le pot de peur de répercussions sur son développement ultérieure.

Partie méthodologique

1-Problématique

L'acquisition de la propreté est une étape importante dans le développement de l'enfant. Généralement les parents encouragent leur enfant dans cet apprentissage et le félicitent à chaque succès, il représente une performance dont sont fiers parents et enfant. La maîtrise du contrôle sphinctérien fait partie des nombreuses règles que transmettent les parents à leurs enfants, l'enfant ne les apprend pas passivement mais après en avoir éprouvé la cohérence par la confrontation et l'opposition.

Selon De Ajuriaguerra le contrôle de la miction n'est pas seulement une mécanique, mais un mécanisme qui se développe sur la base d'une acceptation active ou passive imposée par les parents en fonction de normes culturelles. Ces normes sont fondées sur les règles générales de la propreté. (De Ajuriaguerra J., 1980, p 312).

Cependant il arrive chez certains enfants que l'acquisition de la propreté sphinctérienne urétrale ne soit pas acquise, dans ce cas on parle d'énurésie.

L'énurésie est une miction involontaire diurne ou nocturne chez un enfant de plus de 5ans. Il s'agit d'un trouble très fréquent et source d'inquiétude pour les enfants comme pour les parents.

L'énurésie est véritablement considérée comme un symptôme lorsqu'elle est fréquente et régulière au moins deux fois par semaine et s'étend sur une période d'au moins trois mois.

En Algérie, il est toujours d'actualité d'entendre que l'énurésie est un sujet tabou, ce qui signifie au sens commun du terme qu'on ne doit pas en parler par crainte ou par pudeur, elle est tel un secret de famille. On observe un paradoxe dans l'attitude de la majorité des mères qui banalisent l'énurésie en se basant sur l'expérience d'autres membres de la famille affirmant que cet inconvénient passera de façon aussi inattendue qu'il est apparu et justifient leurs recours aux méthodes d'éducation répressives pour en venir à bout le plus tôt possible.

Selon J. Duma, la petite enfance est une période pendant laquelle l'enfant doit acquérir un nombre considérable de compétences essentielles au développement de son autonomie, parmi lesquelles l'apprentissage de la propreté, l'auteur postule ainsi que les troubles du contrôle sphinctérien sont la conséquence d'un apprentissage développemental qui chez certains enfants, n'a jamais été fait ou fait complètement, il peut y avoir plusieurs raisons à cela parmi lesquelles les parents n'ont pas donné à l'enfant les moyens nécessaires à cet apprentissage. (Dumas J., 2002, p 427).

A ce propos, certains auteurs soulignent qu'une conduite inconsciente ou maladroite sur le plan de l'organisation sphinctérienne ou des attitudes névrotiques de la mère jouent un rôle défavorisant dans l'établissement du contrôle sphinctérien à un âge normal, l'attitude de la mère qui est fonction de sa propre structure psychologique et de ses conduites éducatives peut intervenir dans la genèse de l'énurésie.

Selon Telma Reca, des parents eux mêmes énurétiques peuvent avoir une attitude de crainte ou de surprotection motivée par le souvenir de leur propre humiliation, l'attitude inadéquate des parents envers l'éducation sphinctérienne prématurée se retrouve principalement chez les femmes obsessionnelles ou phobiques, on retrouve aussi Winnicott(1957) qui estime que l'apprentissage de la propreté ne peut se faire de manière sereine que si les exigences maternelles ne dépassent pas les possibilités de l'enfant, dans le cas contraire l'éducation sphinctérienne sera perturbée.

Dolto insiste de son côté sur les méfaits d'une éducation trop précoce à la propreté: «combien de parents n'attendaient pas le moment favorable physiologiquement pour imposer des règles de propreté à l'enfant, on perçoit que plus un enfant a été propre tôt, plus il grandit mal à l'aise et plus il a des difficultés pour son épanouissement ultérieur». (Dollander M., 2003, p 23).

Pour Ferrari, lors d'une énurésie il est important de faire préciser par les parents, les modalités de l'éducation sphinctérienne au cours de deux ou trois premières années de la vie. L'éducation sphinctérienne a pu être de nature rigide et exigée trop tôt de l'enfant, sans tenir compte de la maturation anatomique nécessaire ou, au contraire,

excessivement libérale, voire même dans certains cas absente du fait de l'indifférence parentale. (Ferrai P., 1993, p 76).

L'environnement socio-éducatif de l'enfant, ainsi que l'apprentissage sphinctérien est étroitement dépendant des modalités relationnelles qui s'instaurent entre la mère et son enfant et de la conception maternelle de l'éducation sphinctérienne. (*Ibid.*, p.75).

Certaines caractéristiques familiales paraissent possiblement liées au déclenchement ou à la fixation du symptôme. Le sens donné par les parents à l'énurésie, les mécanismes névrotiques et régressifs chez les parents et l'influence concrète du symptôme sur les relations parents -enfant, parent -parent et enfant-enfant. (Prouff J., 1995, p 226).

Selon J. Prouff certaines réactions familiales à l'énurésie tendent habituellement à la faire disparaître, d'autres au contraire à la prolonger et la fixer, et ce au sein d'une même famille.

Notre pré-enquête effectuée au niveau de l'U D S de Naceria dans la wilaya de Bejaia auprès des élèves venus consulter le psychologue clinicien, nous a permis d'observer q 'un nombre important des élèves consultent le psychologue clinicien pour un problème d'énurésie et on a remarqué que les méthodes d'éducation sphinctériennes urétrales adoptées par les parents sont en grande partie en cause comme cela a été indiqué par certains théoriciens. De ce fait notre intérêt à l'égard de la santé psychique de l'enfant et de celle de ses parents d'une part et le nombre réduit des études sur l'énurésie en Algérie d'une autre part, nous amènent à poser cette problématique.

Est-ce que l'énurésie est due à une éducation sphinctérienne urétrale inadéquate de la part de la mère ?

2-Hypothèses de la recherche

2-1 Hypothèse générale

- Une éducation sphinctérienne urétrale inadéquate de la part de la mère mène à l'énurésie.

Certaines mères adoptent des attitudes inadéquates face à l'éducation sphinctérienne de leur enfant et cette attitude ne reste pas sans conséquence pour le développement normal de ce dernier.

2-2 Hypothèses partielles

-Une éducation sphinctérienne trop précoce provoque l'énurésie.

Certaines mères adoptent une éducation sphinctérienne trop précoce, n'attendant pas le moment venu pour imposer à l'enfant une éducation sphinctérienne.

-Une éducation sphinctérienne trop rigide mène à l'énurésie

En tenant à tout prix à ce que l'enfant soit propre, les mamans ont tendance à adopter des attitudes coercitives.

Chapitre III

La démarche de la recherche et la population d'étude

Dans ce chapitre nous allons présenter la démarche et les techniques de recherche utilisées.

1- Définition des concepts clés

1-1 Définition théorique des concepts

1-1-1 L'énurésie

L'énurésie 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 culote » dans ce cas on parle d'énurésie diurne. Cela entraîne des difficultés d'adaptation à l'école et à la maison. L'énurésie peut être temporaire, liée à une période où l'enfant est angoissé (déménagement, absence de la mère, etc.) ou durable, s'inscrivant dans le quotidien du fonctionnement familial. (Mareau C. et al., 2004, p78).

Dans notre présente recherche, d'autres concepts qui dérivent de l'énurésie sont à prendre en considération : l'énurésie nocturne, l'énurésie primaire et l'énurésie secondaire.

1-1-1-1 L'énurésie primaire

L'énurésie primaire concerne des enfants qui n'ont jamais arrêté de faire pipi la nuit pendant une longue période. Elle est plus fréquente que l'énurésie secondaire. Une fois écartées les causes infectieuses et autres troubles organiques, il s'agit d'un retard dans la maturation des mécanismes physiologiques de la continence urinaire. Ou d'un défaut d'éducation (Armengaud D., 2003, p 345).

1-1-1-2 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 5 ans.

1-1-2 L'éducation sphinctérienne urétrale

L'éducation du contrôle sphinctérien urétral n'est pas simplement l'apprentissage d'une nouvelle habitude, mais un processus dans le développement socio-affectif du jeune enfant. Ce processus nécessite un certain niveau de développement neuromusculaire, psychomoteur et cognitif mais aussi de la maturité de son moi. Cela signifie qu'il faut tout d'abord que le corps de l'enfant soit prêt pour que, physiologiquement, il puisse se retenir ou expulser ses urines. C'est en général au cours de la 2ème année que l'enfant manifeste un désir de comprendre ce qui est produit. (Kremp L. et al., 2008, p 264).

Une certaine attitude de la part des parents lors de l'éducation sphinctérienne urétrale peut avoir une répercussion sur le développement ultérieur des enfants.

Parmi leurs attitudes lors de cet apprentissage, on distingue deux aspects :

1-1-2-1 Une éducation sphinctérienne trop précoce

Une éducation sphinctérienne trop précoce risque fort de créer un nœud conflictuel et susciter une dépendance et une agressivité excessive. En mettant le petit sur le pot à 8 ou 12 mois, parfois plus tôt, les parents sont arrivés à obtenir une propreté réflexe mais non intégrée par l'intellect de l'enfant. (*Ibid*).

1-1-2-2 Une éducation sphinctérienne trop rigide

Une éducation sphinctérienne trop rigide que certains parents livrent à leurs enfants ont souvent pour conséquences de détériorer la qualité de leur relation avec leurs enfants, de retarder sa progression vers l'acquisition de la propreté car l'enfant s'opposera d'avantage à cet apprentissage ou bien occasionnera une soumission de l'enfant qui provoquera de l'anxiété chez ce dernier. Les parents n'agissent pas de mauvaise foi mais cette étape naturelle du développement est bien souvent une épreuve pour eux. (Boisclair J., 2010, p 20).

1-2 L'opérationnalisation des concepts

1-2-1 L'énurésie :

- Une incontinence urinaire nocturne
- Enfant âgé de plus de 5ans
- C'est une miction normale, complète et involontaire
- Elle peut être primaire ou secondaire

-L'énurésie nocturne

- Concerne l'enfant qui mouille son lit la nuit après l'âge de 5ans
- Absence d'incontinence diurne
- Absence de trouble mictionnel

-L'énurésie primaire

L'énurésie est dite primaire lorsque l'enfant n'a jamais réussi à contrôler sa vessie. Des causes éducatives, organiques, héréditaires ...etc., sont souvent retrouvées dans ce type d'énurésie.

1-2-2 L'éducation sphinctérienne urétrale

L'éducation sphinctérienne urétrale est une étape majeure de la petite enfance. Chaque adulte possède une vision bien personnelle de ce que devrait être l'éducation sphinctérienne de l'enfant. L'éducation de la propreté est parfois axée davantage sur le désir des parents de voir leur enfant propre que sur la capacité réelle de l'enfant à le devenir.

-Education sphinctérienne trop précoce

Un apprentissage précoce de la propreté peut avoir des effets néfastes tant au point de vue psychologique que physique pour l'enfant. Si cette étape est entreprise avant même que l'enfant démontre des signes de réceptivité l'enfant ne peut pas répondre aux exigences parentales. Il perd confiance en ses capacités à devenir propre. Certaines

mères peuvent exiger une propreté précoce à leur enfant pour seulement montrer à leur entourage qu'il est propre avant les autres.

-Education sphinctérienne trop rigide

Certains parents autoritaires livrent à leur enfant une éducation sphinctérienne plus rigide (coups, punitions, humiliations, mettre l'enfant des heures sur le pot). Ces attitudes de la part des parents ont souvent pour conséquence de détériorer la qualité de leur relation avec leur enfant, ainsi que de son éducation sphinctérienne.

2-La pré-enquête

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de l'unité de suivi et de dépistage (UDS) implantée au sein du C E M Nacéria à Bejaia, tout en ayant l'objectif majeur de nous assurer de la compatibilité de notre thème de recherche avec la réalité (la disponibilité de la population de recherche, la pertinence des hypothèses émises...), et de la rentabilité des techniques choisies.

Notre pré-enquête, guidée par le psychologue de l'UDS, nous a permis de prendre contact avec les enfants énurétiques et leurs parents et 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.

De cette façon, la pré-enquête nous a permis de cerner le cadre de la recherche, la démarche à adopter et explorer le problème à étudier afin de connaître les obstacles éventuels avant de commencer.

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, le consentement des parents d'enfant énurétique était le premier pas à effectuer. De ce fait, leur rencontre était primordiale. Après avoir expliqué notre thème de recherche et nos objectifs, en garantissant l'aspect confidentiel de notre travail, les parents se sont montrés confiants.

Ces derniers nous ont assuré de leur aide et de leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées.

- **Déroulement de l'enquête**

Après avoir fait la pré-enquête nous avons sélectionné notre populations d'étude. Le psychologue clinicien de l'UDS a convoqué les parents des enfants énurétiques dans son bureau pour avoir leur consentement apres avoir eu le consentement de ces derniers, on a procédé à l'établissement de l'anamnèse et l'entretien semi directif auprès des parents et leurs enfants. On a eu en premier temps un entretien dans le bureau du psychologue clinicien seul avec les parents et un entretien rien qu'avec les enfants.

3- La démarche de la recherche

Notre travail a comme référence la méthode d'étude de cas. L'étude de cas est employée en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à laide du portrait détaillé d'un individu, ce que ne permettent pas les généralisations ou les statistiques. Elle présente également une grande utilité pour les chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun moyen pour étudier une problématique donnée. (Tavris C., 1997, p 39).

L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanisme de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, (bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants). L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension :

organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, évènements présents et passés. (Chahraoui K. et al., 2003, p 126).

4- Le lieu de stage

La santé scolaire qui concerne plus du quart de la population algérienne fait l'objet d'une plus grande préoccupation de la part de plusieurs secteurs. Lancée en Avril 1994, l'unité de dépistage et de suivi (UDS) a permis une meilleure couverture sanitaire impliquant aussi bien la santé et l'éducation. Les UDS sont implantées au niveau des CEM et des LYCEES.

Le rôle des UDS consiste à :

- Organiser des visites médicales et psychologiques.
- Assurer le contrôle de l'hygiène et de la salubrité dans les différents établissements scolaires.

Nous avons effectué notre stage au niveau de l'Unité de Dépistage et de Suivi implantée au niveau du CEM « Méziani Belkacem » situé à Naceria (Bejaia). Elle a été créée le 15 décembre 2004. Sa superficie est de 225 m², elle dispose :

- D'un cabinet de médecin généraliste
- D'un cabinet de dentiste
- D'un bureau pour le psychologue clinicien
- D'une salle de soins
- 02 salles d'attente
- 02 sanitaires
- D'un bureau pour la sociologue
- D'un bureau pour le secrétariat

Nous pouvons récapituler les chiffres relatifs aux effectifs du personnel de l'UDS comme suit :

Tableau n°01: L'effectif du personnel de l'UDS

Médecin généraliste	01
Dentiste	01
Psychologue clinicien permanent	01
sociologue	01
Psychologue clinicien(pré emploi)	04
secrétaire	02

5- La population d'étude

Au début de notre recherche nous avons retenu 10cas, les entretiens ont révélé l'existence de problèmes organiques associés chez 02cas ; de ce fait, leur élimination étant évidente, il nous resta 08cas comme population d'étude.

Les cas de notre population d'étude ont été sélectionnés à l'aide du psychologue de l'UDS. Le consentement des parents des enfants énurétiques était la seconde étape à réaliser ; ces derniers ainsi que leurs enfants ont accepté de participer à la recherche.

Notre population d'étude est sélectionnée en respectant certaines caractéristiques. Le choix de la tranche d'âge est situé entre 6 et 9 ans. Le DSM IV retient néanmoins l'âge de 5ans pour établir un diagnostic d'énurésie.

Tableau n° 02 : Répartition de la population selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	03	42,85
Féminin	05	71,42
Total	08	100

5-2-1 Les critères d'homogénéité retenus

- Enfant ayant la tranche d'âge entre 06 et 09 ans ;
- Enfant ayant une énurésie primaire ;
- Pas de trouble organique ;
- Enfant ayant une énurésie nocturne ;
- Enfant n'ayant pas une énurésie diurne ;
- Enfant n'ayant pas de trouble psychologique ;
- La même prise en charge pour tous les enfants.

5-2-2 Les critères non pertinents pour la sélection

Nous n'avons pas pris en considération les critères suivants :

- le sexe
- le niveau scolaire de l'enfant

6- Les techniques utilisées

Toute recherche scientifique a comme support une ou plusieurs techniques choisies en fonction des objectifs à atteindre pour valider notre thème de recherche en confirmant ou infirmant les hypothèses émises.

Notre démarche a exigé le choix de quelques outils scientifiques reconnus : l'entretien clinique semi directif de recherche, l'observation clinique et un calendrier mictionnel tenu par l'enfant.

6-1 L'entretien clinique

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique. A la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. L'entretien clinique sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'entrevue. (Alexandre B. et al., 2005, p 379).

L'entretien avec le patient et/ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet (. . .) 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 al., 2003, p 32).

De plus, l'entretien de recherche est employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. (*Ibid.*).

Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association, (. . .) 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 al., 2003, p 143).

Le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisées ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance. (*Ibid.*, p. 144).

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

Axe I : information sur l'énurésie de l'enfant

Axe II : profil psychologique de l'enfant

Axe III : information sur l'éducation sphinctérienne urétrale

En plus de l'entretien semi directif, nous avons opté pour l'utilisation d'une autre méthode qui est l'observation clinique, afin de compléter le recueil des données.

6-2 L'observation clinique

L'observation clinique considère qualitativement et quantitativement les phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs afin de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique psychique propre à un individu, à son histoire, dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé. (Chahraoui K. et al., 2003, p 14).

L'observation clinique a pour objet de relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens, de les situer dans la dynamique individuelle. L'observation a une place ancienne et respectée dans la science, dans l'étude de l'histoire naturelle, dans l'étude des mouvements célestes et dans l'étude du comportement humain- spécialement le comportement des enfants. (Chahraoui K. et al., 2003, p 31).

Selon Ciccon(1998) l'observation du comportement et des attitudes du sujet permet de soulever des questions cliniques. il ne s'agit ni d'une observation naïve, ni d'une conception médicale de repérage de signes cliniques mais d'une organisation des données, d'une analyse du contre-transfert (réactions au transfert du patient) et d'une restitution du sens. (Chartier J., 2007, p 66).

Dans notre recherche, les observations étaient indispensables et effectuées tout au long de notre présence, à savoir :

-Au moment ou les parents viennent en consultation pour voir le psychologue clinicien pour la prise en charge de l'énurésie de leur enfant.

Chaque cas est observé durant 12 ou 13 séances selon la progression de l'enfant. Les parents ont un rendez vous chez le psychologue clinicien 1 fois par semaine.

6-3 Le calendrier mictionnel

Pour compléter nos séances d'observation nous avons demandé aux parents que leurs enfants entretiennent un calendrier mictionnel qui consiste à noter chaque jour les éventuels accidents d'urine pendant la nuit, si l'enfant a uriné la nuit il mettra une croix dans la case nuage ou si c'est le contraire il mettra une étoile dans la case soleil. 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.

Ceci nous permettra d'observer la progression de l'enfant chaque jour. De même de voir si une nouvelle attitude des parents à l'égard de l'éducation sphinctérienne urétrale et une bonne hygiène de vie de leur enfant pourraient éventuellement aider ce dernier à uriner de moins en moins. (Voir calendrier annexe C et D).

Conclusion

Afin d'entamer notre recherche, nous avons recouru à la méthode descriptive en procédant par l'étude de cas auprès de notre population sélectionnée, constituée de 08 cas au niveau de L'unité de Dépistage et de suivi. Les outils d'investigation utilisés sont l'entretien semi directif, la grille d'observation et le calendrier mictionnel.

Partie pratique

Chapitre IV
presentation, analyse
et discussion des resultats

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

Nous tenons à signaler que nos cas ont tous suivi le même protocole de prise en charge assuré par le psychologue de l'UDS .Ce dernier donne un certain nombre d'attitudes que la mère doit adopter et c'est la même prise en charge pour tous les cas, qui consiste à :

- Arrêter de mettre des couches à l'enfant la nuit ;
- Arrêter toute sorte de boisson la nuit ;
- Ne pas humilier ou punir l'enfant ;
- Réveiller l'enfant 1heure et demi après s'être endormi ;
- Habituer l'enfant à vider sa vessie pendant la journée ;
- Demander à la maman d'être gentille et compréhensive en cas d'échec ;
- Motiver et féliciter l'enfant à chaque succès.

Nous tenons à rappeler qu'afin de respecter la règle déontologique relative à la confidentialité, nous avons changé les noms des cas de notre population d'étude, pour garder l'anonymat des enfants.

1- Présentation et analyse des résultats

1-1 Cas de Amine

1-1-1 Présentation du cas

Amine est un garçon âgé de 6ans. Il est scolarisé en première année primaire, issu d'une famille de niveau socio-économique moyen. Amine est l'ainé d'une fratrie de deux membres dont une fille âgée de 4ans. Son père de 44ans est professeur de

mathématiques et sa mère âgée de 41ans est aussi professeur d'anglais. Tous deux exercent dans des CEM différents.

Amine est énurétique depuis sa naissance. Mis 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. Amine est le seul à être énurétique.

Les parents d'Amine n'ont jamais consulté de médecin pour l'énurésie de leur enfant. C'est lors d'une visite médicale systématique de dépistage dans son école primaire que le médecin généraliste de l'UDS à 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 qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il fallait une prise en charge psychologique. Les parents ont répondu favorablement à l'appel du psychologue et du médecin généraliste de l'UDS. C'est sa maman qui ramène amine en consultation.

Amine est décrit par sa mère comme étant un enfant très gâté, surtout par ses grands parents ; c'est un enfant désiré par ses parents. C'est un enfant qui obtient tout ce qu'il désire. Il est sociable et n'aime pas vraiment étudier. Les jeux vidéo sont sa passion. Il n'a pas de bons rapports avec sa petite sœur et est jaloux d'elle.

Tableau n° 3 : Histoire de l'énurésie de Amine

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	Quotidienne 7jours/7
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Aucun
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Non
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux
Qualité du sommeil	Normale

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

Dans la vie quotidienne, la maman d'amine est décrite comme étant une femme instruite, douce. Elle protège beaucoup ses enfants et se décrit comme étant une maman poule. Elle est aussi très perfectionniste et souhaite que ses enfants réussissent à l'école.

La maman de Amine nous a confié qu'elle n'a pas été pas la seule à avoir éduqué son fils. A l'âge de 6mois, Amine est confié à une nourrisse pendant la journée étant donné qu'elle travaillait.

Elle a commencé à éduquer son fils à la propreté dès l'âge de 9mois, âge précoce pour cette apprentissage comme le pense Gèsell. Pour lui l'acquisition de la propreté diurne n'est acquise qu'à l'âge de 2ans. Elle le mettait sur le pot des heures

durant et si l'enfant n'urinait pas, elle lui criait dessus. Elle nous a confié que ce n'était pas vraiment son choix mais que c'était sous la pression de sa belle mère qui lui a suggéré d'adopter cette méthode d'éducation. Selon elle, en mettant l'enfant très tôt sur le pot, l'enfant deviendra rapidement propre ; mais cette méthode n'a donné aucun résultat. Amine continue toujours à faire pipi, ce qui est normal à 9 mois ou même à 1 an. La mère d'Amine a rapidement abandonné l'éducation sphinctérienne de son fils et ce dernier n'a jamais arrêté d'uriner la nuit. Ce fut un véritable échec.

1-1-3 Présentation et analyse des grilles d'observations

Tableau n° 04 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant

Attitude de la mère	Oui	Non
Punir l'enfant		non
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
Encourager l'enfant		non
Frapper l'enfant		non
Humilier l'enfant	oui	
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
Le comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi	oui	
Ne jamais parlé de l'énurésie de son fils à d'autre personne	oui	

Selon les résultats de la grille, l'attitude de la mère face à l'énurésie de Amine est plutôt passive, vue qu'elle n'a jamais punis ni frappé son fils et qu'elle n'a rien fait pour entreprendre une nouvelle éducation sphinctérienne urétrale. Cependant, elle avait tendance à l'humilier et à le comparer à d'autres enfants de son entourage, selon

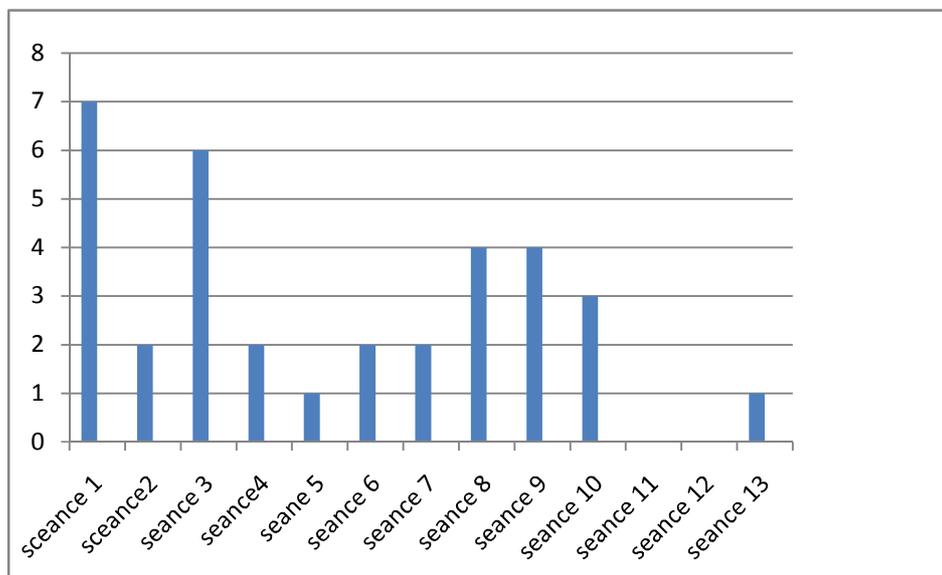
Aïcha Menai Abid parmi les attitudes maternelles d'enfant énurétique observées en Algérie, elle a remarqué que la plupart des mamans ont tendance à humilier leurs enfants et c'est bien le cas de la maman d'Amine. La maman évitait de parler de l'énurésie de son fils à son entourage. Cela lui faisait honte car, pour elle, elle n'arrivait pas à éduquer son fils et travailler en même temps.

En lui mettant les couches et en n'adoptant aucune méthode, la maman a, en quelque sorte, négligé l'éducation sphinctérienne de son fils.

1-1-4 Présentation et analyse du calendrier mictionnel de Amine

Tableau n° 05 : Calendrier mictionnel de Amine

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois où l'enfant a uriné	7/7	7/2	7/6	7/2	7/1	7/2	7/2	7/4	7/4	7/3	7/0	7/0	7/1



Histogramme récapitulant le nombre de mictions de Amine

Comme nous l'avons déjà mentionné, la fréquence de l'énurésie d'Amine est de 7 jours sur 7, c'est à dire qu'il urine chaque jour et c'est très rare qu'il y est des nuits au sec. La méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui change la méthode d'éducation sphinctérienne entreprise par la mère. Il propose à cette dernière une attitude à adopter qui trouve un écho favorable pour la prise en charge de son enfant.

Selon le calendrier mictionnel ci joint (voir annexe C), on constate une nette amélioration dans l'évolution de la prise en charge de l'énurésie de l'enfant qui, au bout de la 13^{ème} séance, est pratiquement résorbé (1 jour sur 7 au lieu de 7/7). Le seul dysfonctionnement est apparu à la 3^{ème} séance (6 jours sur 7) car il a été provoqué par le décès d'un parent de la famille qui a amené la maman à négliger les consignes à suivre.

Conclusion

Le défaut d'éducation de la mère d'Amine est qu'elle a tenté d'éduquer très tôt son fils à la propreté dès l'âge de 9 mois ; or, comme nous l'avons déjà vu, la propreté diurne de l'enfant n'est acquise qu'après l'âge de 18mois. De plus elle a entrepris une éducation sphinctérienne urétrale trop rigide qu'elle a aussitôt abandonnée. Devant cette démission la liberté sphinctérienne urétrale a totalement perturbé le développement psychique de l'enfant.

En changeant la méthode d'éducation sphinctérienne urétrale Amine est passé d'une fréquence de 7jours/7 à une fréquence de 0 à 1jour/7 ce qui est tout de même un résultat probant et encourageant.

1-2 Cas de Miriam

1-2-1 Présentation du cas

Miriam est une fille âgée de 6ans. Elle est scolarisée en première année primaire, issue d'une famille socio-économique moyenne. Miriam est l'ainé d'une fratrie de deux membres dont une fille âgée de 4ans et demie. Son père de 40ans est architecte et sa mère âgée de 38ans travaille dans les finances.

Miriam est énurétique depuis la naissance. Mis à part son énurésie elle n'a eu aucun problème organique ; elle a eu un développement normal ; c'est la seule à la maison à être énurétique.

La maman de Miriam est venue d'abord consulter le médecin généraliste de l'UDS pour l'énurésie de sa fille. 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.

Miriam est décrite par ses parents comme étant une fille très calme, intelligente, sociable qui aime beaucoup jouer avec les enfants de son âge et elle aime beaucoup jouer le rôle de la grande sœur protectrice de sa petite sœur. Elle est troublée face à son énurésie ; cela la gêne énormément surtout quand elle doit aller chez ses grands parents pour les vacances d'été où elle retrouve tous ses cousins et cousines qui se moquent énormément d'elle. Cela provoque chez cette dernière un sentiment de honte et de culpabilité ; selon Averous M « les conséquences psychologiques de l'état d'énurésie sont réelles, et l'on connaît les sentiments de honte, de perte de confiance, de rejet et de repli sur soi, de culpabilité, de mauvaise estime de soi » (Averous M., 2001, p 6). Miriam est très motivée pour sa guérison.

Tableau n° 6 : Histoire de l'énurésie de Miriam

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	La fréquence n'est pas quotidienne
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun facteur associé
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Pas de problème organique
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée ?	Pas d'énurésie diurne associée
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux d'énurésie
Type du sommeil	Normal

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

Dans la vie quotidienne, la maman de Miriam est décrite comme étant une femme instruite, très douce et serviable. Elle se sacrifie énormément pour le bien être de sa famille.

En ce qui concerne l'éducation sphinctérienne de sa fille, elle nous confie que l'apprentissage de la propreté de Miriam a commencé sans qu'elle le sache puisqu'elle

travaillait et quelle devait la confier à une nourrisse. Cette dernière la mettait sur le pot dès l'âge de 8mois alors que Miriam ne parlait et ne marchait pas encore. Au bout de quelque temps, la nourrisse a confié à la maman quelle mettait sa fille sur le pot et qu'il fallait en faire de même. Comme c'était leur premier enfant elle pensait que c'était une bonne chose et qu'il fallait suivre ce conseil. Quand Miriam a eu l'âge de marcher elle allait directement au pot dès qu'elle avait envi de faire pipi. Si elle ne trouvait pas le pot elle faisait pipi dans ses vêtements, pour Nour A « en mettant le bébé très tôt sur le pot, le contact répété finit par provoquer un réflexe conditionné et l'enfant se trouve ainsi « dressé », or ce dressage animal mutile une expérience irremplaçable pour le développement psychique et affectif de l'enfant »(Nour A., 1994, p 20) . La maman de Miriam ne comprenait pas pourquoi sa fille à 2ans faisait toujours pipi au lit. Si l'on s'en tient aux normes, l'acquisition de la propreté diurne précède l'acquisition de la propreté nocturne qui elle n'est généralement acquise qu'à 36mois.

1-2-3 Présentation et analyse des grilles d'observations

Tableau n°7 : Attitude de la mère face a l'énurésie de son enfant

Attitude de la mère	oui	non
Punir l'enfant	oui	
Adopter une nouvelle méthode d'éducation	oui	
encourager l'enfant	oui	
Frapper l'enfant		non
Humilier l'enfant		non

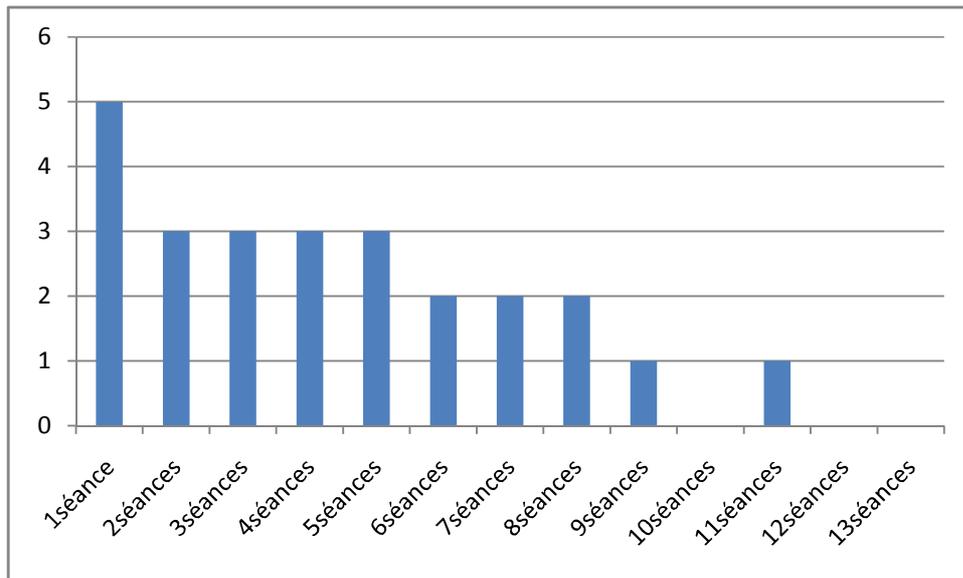
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
La comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi		non
Ne jamais parler de l'énurésie de sa fille à d'autres personnes	non	

Face à l'énurésie de Miriam sa maman adopte une attitude plutôt rigide ; elle nous confie que la nourrisse lui a conseillé de ne pas être tendre avec sa fille quant elle urine la nuit et qu'il fallait la punir en la privant de sucreries et de jouets pendant toute la journée. L'attitude de la mère a contribué sans doute au maintien de l'énurésie de sa fille. Dans son ouvrage Prouff nous montre que dans certains cas « l'énurésie peut prendre la signification d'une manifestation d'opposition ; l'enfant tente d'utiliser son symptôme comme moyen de pression ou de rébellion en face des exigences parentales concernant l'éducation sphinctérienne » (Prouff J., 1995, p 226).

1-2-4 Présentation et analyse du calendrier mictionnel de Miriam

Tableau n° 08 : Calendrier mictionnel de Miriam

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois où l'enfant a uriné	7/5	7/3	7/3	7/3	7/3	7/2	7/2	7/2	7/1	7/0	7/1	7/0	7/0



Histogramme récapitulatif le nombre de mictions de Miriam

Le calendrier mictionnel et l'histogramme nous montrent que la fréquence de l'énurésie de Miriam qui était de 5 jours sur 7 à la première séance passe à la 12^{ème} et 13^{ème} séances à 0 (guérison totale).

Conclusion

L'éducation sphinctérienne de Miriam a commencé très précocement (dès l'âge de 8 mois), ce qui est trop tôt. De ce fait, Miriam a acquis d'une manière automatique la propreté sphinctérienne diurne et elle a eu l'apprentissage de la propreté nocturne d'une manière rigide ce qui a vraisemblablement contribué au maintien de l'énurésie.

1-3 Cas de Yasmine

1-3-1 Présentation du cas

Yasmine est une fille âgée de 6ans. Elle est scolarisée en première année primaire ; issue d'une famille socio-économique aisée, Yasmine est l'ainée d'une fratrie de 3filles. Son père âgé de 40ans est navigateur et sa mère de 38ans est femme au foyer. Cette dernière a fait des études supérieures en droit mais elle a préféré rester à la maison pour élever ses filles.

Yasmine présente une énurésie primaire. Mis à part son énurésie, elle n'a aucun problème de santé. Son père a été énurétique pendant son enfance.

C'est l'Unité de Dépistage et de Suivi qui a convoqué les parents de Yasmine pour son énurésie ; ils n'ont jamais consulté de médecin ni envisagé aucun remède pour traiter ce problème.

Yasmine est décrite par sa mère comme étant une fille très intelligente ; elle est très timide, ne parle pas facilement avec les gens et est très réservée. Face à son énurésie Yasmine est motivée pour la guérison. Le trouble la gêne énormément même si personne ne se moque d'elle à la maison ; elle se culpabilise souvent et elle nous dit : « c'est de ma faute ; maman me dit toujours de ne pas beaucoup boire la nuit mais je fais le contraire ; c'est pour cela que je fais pipi au lit ».

Tableau n° 9 : Histoire de l'énurésie de Yasmine

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	Quotidienne
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Aucun
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Non
Antécédents familiaux d'énurésie	Son père était énurétique
Qualité du sommeil	Normale

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

La maman de Yasmine est décrite comme étant une femme cultivée, posée ; elle protège énormément sa famille et se sacrifie pour elle. Elle éduque seule sa fille.

En ce qui concerne l'éducation sphinctérienne de sa fille, la maman n'a entrepris aucune éducation sphinctérienne urétrale inadéquate. Elle a commencé à lui apprendre à utiliser le pot dès l'âge de 2ans et demi, ce qui est parfaitement raisonnable et ce avec douceur, sans punitions ni cris. Malgré cela Yasmine n'a pas arrêté d'uriner la nuit. Si on s'en tient aux études qui ont été faites sur l'énurésie, certains chercheurs, dont Bakwen, insistent sur le fait que l'énurésie a une base héréditaire ; le papa de Yasmine ayant été énurétique, sa fille a probablement hérité de ce gène (ENUR 1 sur le bras long du chromosome 13) .La maman de Yasmine nous confie qu'elle n'a entrepris aucune méthode d'éducation sphinctérienne pour aider sa

filles à se débarrasser de son énurésie. Elle lui mettait les couches car elle devait s'occuper de sa dernière fille encore bébé. En focalisant son attention sur sa petite sœur la maman a, en quelque sorte, négligé Yasmine.

1-3-3 Présentation et analyse des grilles d'observations

Tableau n° 10 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant

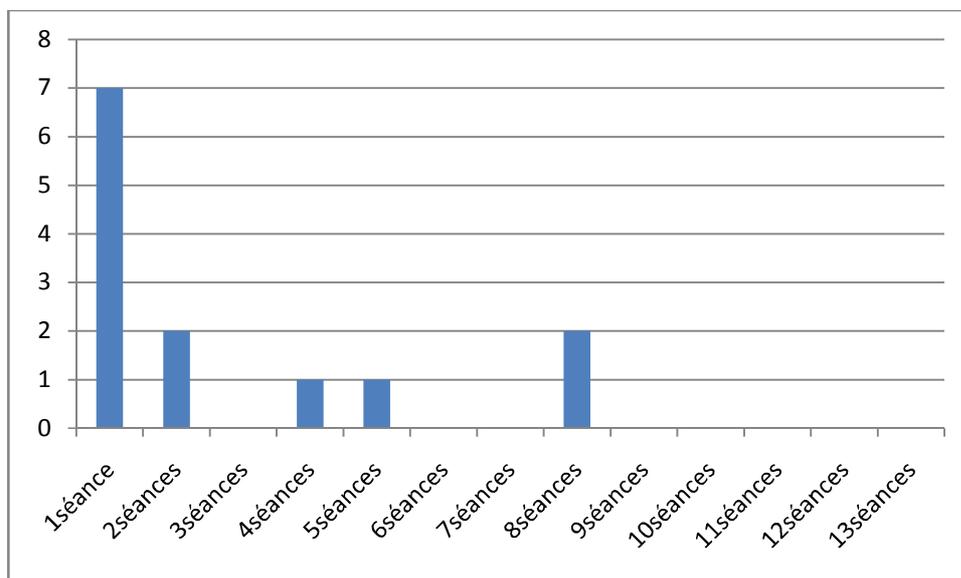
Attitude de la mère	Oui	Non
Punir l'enfant		non
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
Encourager l'enfant	oui	
Frapper l'enfant		non
Humilier l'enfant		non
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
La comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi		non
Ne jamais parler de l'énurésie de sa fille à d'autres personnes		non

Selon les résultats de la grille, on observe que la maman de Yasmine n'a adopté aucune attitude inadéquate face à l'énurésie de sa fille ; au contraire, elle l'encourage toujours en cas d'échec.

1-3-4 Présentation et analyse du calendrier mictionnel de Yasmine

Tableau n° 11 : Calendrier mictionnel de Yasmine

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois où l'enfant a uriné	7/7	7/2	7/0	7/1	7/1	7/0	7/0	7/2	7/0	7/0	7/0	7/0	7/0



Histogramme récapitulant le nombre de mictions de Yasmine

Après une prise en charge psychologique sérieuse la fréquence de l'énurésie de Yasmine passe à la première séance de 7jours sur 7, ce qui est impressionnant, à 0jour sur 7 à la 13ème séance.

Conclusion

Face à l'éducation sphinctérienne urétrale de Yasmine sa maman n'a entrepris aucune éducation sphinctérienne inadéquate, au contraire, elle a parfaitement respecté l'âge requis pour l'acquisition du contrôle sphinctérien urétral qui est de 2ans. L'énurésie de Yasmine est due probablement à une base héréditaire, son père étant lui même énurétique. La mère de Yasmine a négligé cet aspect là en ne s'occupant pas sérieusement de sa fille.

1-4 Cas de Rida

1-4-1 Présentations du cas

Rida est un garçon âgé de 8ans. Il est scolarisé en 3ème année primaire, issu d'une famille de niveau socio-économique moyen. Rida est le plus jeune d'une fratrie de 6 membres : 03garçons, 03 filles. Son père âgé de 40ans est taxieur ; sa mère de 39ans est femme au foyer et n'a pas fait d'études.

Rida est énurétique depuis sa naissance. Mis à part cela, il n'a jamais eu de problème de santé. Il a eu un développement normal. Il n'ya pas d'antécédents d'énurésie dans la famille.

Les parents de Rida n'ont jamais consulté de médecin pour l'énurésie de leur enfant. C'est lors d'une visite 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 qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il fallait une prise en charge psychologique. Les parents de Rida ont déjà reçu une convocation de l'UDS il y a de cela une année pour l'énurésie de leur enfant. Ils n'y ont pas répondu. Cette année ils ont décidé de venir en consultation vu que leur enfant a déjà 8ans et qu'il fait toujours pipi au lit et ça ne s'améliore pas.

Rida est décrit par ses parents comme étant un enfant très timide qui ne s'impose pas. Il se met toujours à l'écart de ses frères et sœurs. Il est très intelligent et a de bons résultats à l'école. Il n'est pas un enfant désiré par ses parents ; la maman de Rida nous confie qu'elle ne voulait pas de ce 6ème enfant et a failli avorter vu que leur situation économique ne le leur permettait pas. Ses frères et sœurs se moquent de lui parce qu'il fait pipi au lit. Il a un sommeil normal.

Rida vit très mal son énurésie. Il a honte parce qu'il fait pipi au lit. Il se culpabilise et nous confie que c'est de sa faute sans savoir pourquoi. Il n'aime pas dormir chez ses grands-parents parce qu'il fait pipi ; alors, il préfère rester à la maison. Ses frères et sœurs plus âgés que lui se moquent tout le temps de lui. Il est très motivé pour la guérison.

Tableau n° 12 : Histoire de l'énurésie de Rida

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	Quotidienne
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Pas de problème organique
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Pas d'énurésie diurne
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux
Type du sommeil	Normal

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

La mère de Rida, est décrite comme étant une femme rigide qui ne montre pas son affection à ses enfants ; elle est toujours autoritaire avec eux. Elle est la seule à éduquer son fils.

Elle a commencé à éduquer son fils très tôt à la propreté dès l'âge de 7 mois. Elle a commencé à le mettre sur le pot et à le punir si ce dernier urinait dans ses vêtements. Selon ses dires, c'est la même méthode qu'elle a adoptée avec ses 5 enfants. Selon elle ça a plutôt marché mais elle ne pouvait pas se permettre d'acheter tout le

temps des couches. Selon Dollander « c'est le facteur socio-économique qui force les mamans à opter pour une éducation sphinctérienne précoce.. . la propreté très précoce de l'enfant permet de mettre fin à l'achat des couches » (Dollander M., 2003, p 22). Mais avec Rida cette méthode d'éducation n'a pas marché, il faut que chaque enfant acquiert la propreté sphinctérienne à son propre rythme selon Winnicot(1957) « l'apprentissage de la propreté ne peut se faire de manière sereine que si les exigences maternelles ne dépassent pas les possibilité du bébé » .(Ibid., p. 21), ;or à 7mois l'enfant est trop jeune pour le mettre sur le pot , elle ne lui met pas les couches la nuit et nous confie que leur situation économique ne le leur permettait pas.

1-4-3 Présentation et analyse des grilles d'observation

Tableau n° 13 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant

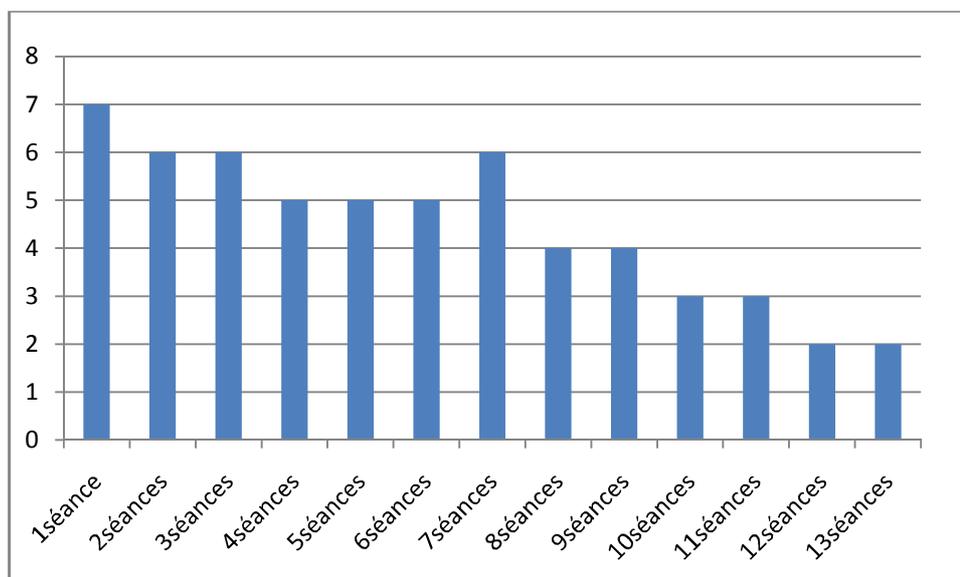
Attitude de la mère	oui	non
Punir l'enfant	oui	
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
encourager l'enfant		non
Frapper l'enfant	oui	
Humilier l'enfant	oui	
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
La comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi	oui	
Ne jamais parlé de l'énurésie de sa fille		non

Selon les résultats de la grille, l'attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant est plutôt rigide vu qu'elle le punit à chaque fois qu'il urine ; elle le frappe et n'hésite pas à parler de son énurésie à son entourage en l'humiliant et en le comparant à ses frères et sœurs. Selon De Ajuriaguerra « l'énurésie primaire peut être une réaction de l'enfant contre les attitudes coercitives, un manque général d'organisation lié au désarroi de l'enfant dans un milieu conflictuel » (De Ajuriaguerra, J., 1980, p.315). La maman de Rida a contribué au maintien de l'énurésie de son enfant en le culpabilisant et en le punissant.

1-4-4 Présentation et analyse du calendrier mictionnel de Rida

Tableau n° 14 : Calendrier mictionnel de Rida

Nombres de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois ou l'enfant urine	7/7	7/6	7/6	7/5	7/5	7/5	7/6	7/4	7/4	7/3	7/3	7/2	7/2



Histogramme récapitulant le nombre de mictions de Rida

La fréquence de l'énurésie de Rida au début de la prise en charge était de 7jours/7 ; mais au fur et à mesure elle a diminué. Comme nous le montre l'histogramme ci- dessus nous arrivons finalement au bout de la 13ème séance à une fréquence de 2jours/7/.

Conclusion

L'attitude de la mère face à l'éducation sphinctérienne de son fils est plutôt inadéquate. Non seulement la maman de Ride a entrepris une éducation sphinctérienne trop précoce mais aussi trop rigide. Ce qui a engendré l'aggravation de l'énurésie de son fils.

1-5 Cas de Amira

1-5-1 Présentation du cas

Amira est une fille âgée de 7ans ; elle est scolarisée en deuxième année primaire ; sa mère est âgée de 48ans et son père est mort à l'âge de 52ans suite à un cancer des poumons. Sa maman ne travaille pas et vit de la retraite de son mari enseignant ; Amira est la benjamine d'une fratrie de 4 filles.

Amira est énurétique depuis sa naissance, elle n'a aucun problème de santé, mis à part qu'elle bégaye légèrement. Il n'y a pas d'antécédent d'énurésie dans la famille, Amira est la seule à être énurétique.

La maman de Amira a décidé seule de consulter le psychologue clinicien de l'UDS car elle était inquiète que sa fille, à l'âge de 7ans, faisait toujours pipi au lit.

Amira est décrite par sa mère comme étant une fille très gâtée par son entourage suite au décès de son père alors qu'elle avait 6ans. Elle est aussi affectueuse , sociable et sensible.

Face à son énurésie Amira n'est pas tellement gênée car personne ne se moque d'elle. Sa maman ni ne la punit ni ne la culpabilise. C'est vrai que Amira nous a confié qu'elle voudrait bien arrêter de faire pipi mais il semblerait que cela ne la dérange pas pour autant. La plus inquiète par cette situation est assurément la mère. Dans son ouvrage Jacque Prouff nous montre que « chez certains enfants l'énurésie est 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 » (Prouff J., 1995, p.226).

Tableau n° 15 : Histoire de l'énurésie de Amira

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	La fréquence n'est pas quotidienne
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun facteur associé
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Pas de problème organique
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Pas d'énurésie diurne associée
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux d'énurésie
Qualité du sommeil	Sommeil normal

1-5-2 Résumé et analyse de l'entretien avec la mère

La maman d'Amira est décrite comme étant une femme très douce, posée qui protège énormément ses filles et qui veut à tout prix remplacer le vide laissé par leur père. Elle fait tout pour gâter Amira vu que cette dernière n'a pas profité de son père. Elle était seule à éduquer ses filles.

En ce qui concerne l'éducation sphinctérienne de Amira, la maman nous confie qu'elle n'a entrepris aucune méthode pour y faire face. Elle a toujours habitué sa fille à

porter des couches. Selon Dolto l'éducation sphinctérienne urétrale ne doit jamais être donnée avant l'âge de 2 ans et demi ; au delà de cet âge l'achèvement anatomo-physiologique du système nerveux est normalement acquis. Une éducation sphinctérienne doit être normalement entreprise en commençant par enlever les couches à l'enfant ; or la maman d'Amira a clairement négligé son éducation sphinctérienne. Même à l'âge de 6 ans elle a continué à lui mettre les couches la nuit. Selon elle sa fille lui faisait de la peine car elle n'a pas vraiment profité de son père. Elle l'a en quelque sorte encouragée à ne pas arrêter de faire pipi en négligeant son éducation sphinctérienne. Pour elle, si sa fille urine ce n'est pas à cause de son éducation mais à la disparition soudaine de son père ; or Amira a une énurésie primaire et on ne peut parler de traumatisme psychologique que dans le cas d'une énurésie secondaire.

1-5-3 Présentation et analyse des grilles d'observations

Tableau n°16 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant

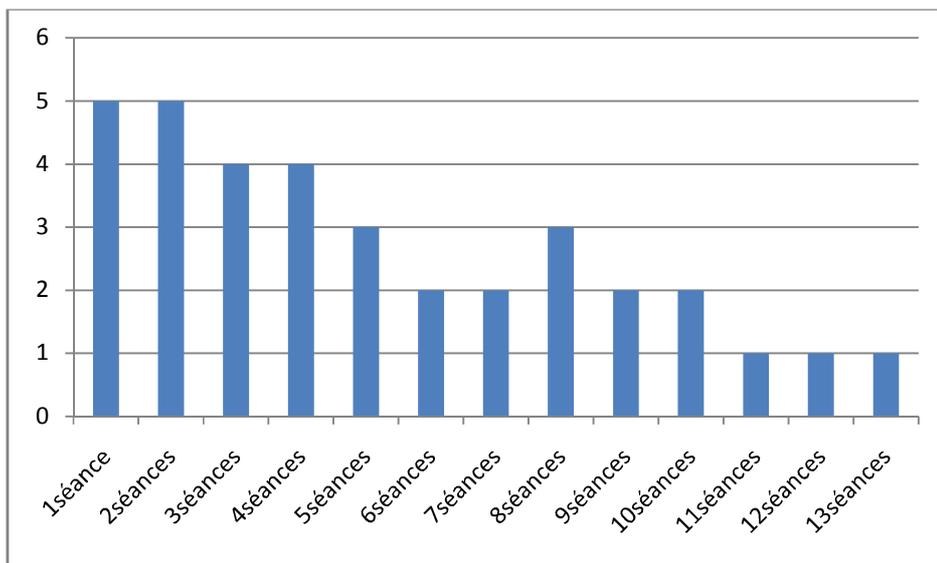
Attitude de la mère	oui	non
Punir l'enfant		non
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
encourager l'enfant	oui	
Frapper l'enfant		non
Humilier l'enfant		non
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
La comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi		non
Ne jamais parler de l'énurésie de sa fille à d'autres personnes	oui	

Ce tableau nous montre que l'attitude de la maman d'Amira face à l'énurésie de sa fille est plutôt positive car elle n'a entrepris aucune méthode d'éducation rigide. De plus elle l'encourage et la félicite quant elle n'urine pas dans son lit. Elle n'aime pas parler de l'énurésie de sa fille à son entourage de crainte qu'on se moque d'elle. La maman d'Amira adopte une attitude de sur protection par apport à sa fille.

1-5-4 Tableau et histogramme récapitulant le calendrier mictionnel de l'enfant :

Tableau n° 17 : Calendrier mictionnel de Amira

Nombres de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois ou l'enfant urine	7/5	7/5	7/4	7/4	7/3	7/2	7/2	7/3	7/2	7/2	7/1	7/1	7/1



Histogramme récapitulant le nombre de mictions de Amira

La fréquence de l'énurésie d'Amira est de 5 jours sur 7 c'est à dire Amira n'urine pas chaque soir, la méthode de prise en charge du psychologue de l'UDS consiste en une prise en charge psychologique qui change la méthode d'éducation sphinctérienne entreprise par la mère.

Selon le calendrier si joins (voir annexe C), on constate une amélioration a la première séance la fréquence était de 5 jours sur 7 et elle est passé a 1 jour sur 7

Conclusion

La maman d'Amira a clairement négligé son éducation sphinctérienne en habituant sa fille à porter des couches et en négligant complètement son éducation sphinctérienne.

1-6 Cas de Rima

1 6-1 Présentations du cas

Rima est une fille âgée de 7ans ; elle est scolarisée en 2ème année primaire. Issue d'une famille socio-économique moyenne, elle est la benjamine d'une fratrie de 2 membres dont un garçon âgé de 10ans ; son père est âgé de 47ans et travaille comme infirmier dans une clinique privée ; quant à sa mère âgée de 46ans elle enseigne au lycée.

Rima est énurétique depuis sa naissance et n'a jamais eu de problème de santé ; il n'y a pas d'antécédent d'énurésie dans la famille.

Les parents de Rima sont venus d'abord consulter le médecin généraliste de l'UDS pour l'énurésie de leur fille. Après que ce dernier ait fait tous les examens nécessaires, il a conclu qu'il n'y avait aucun problème organique et qu'il fallait une prise en charge chez le psychologue clinicien de l'UDS. Les parents ont immédiatement accepté de consulter le psychologue. La mère a ramené Rima en consultation.

Rima est décrite par ses parents comme étant une fille très intelligente qui a de bon résultats à l'école ; c'est une fille désirée par ses parents. Elle est sociable et a un contact facile avec les gens.

Rima n'aime pas trop parler de son énurésie ; elle est gênée quant elle nous en parle et a honte. Son frère aîné se moque d'elle et sa maman a tendance à la comparer à ce dernier qui lui n'est pas énurétique ; elle est très motivée pour sa guérison et se dit prête à suivre tous les conseils du psychologue de l'UDS.

Tableau n° 18 : Histoire de l'énurésie de Rima

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	Quotidienne 7jours/7
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Aucun
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Non
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux
Type du sommeil	Normal

1-6-2 Résumé et analyse de l'entretien avec la mère

La maman de Rima est décrite comme étant une femme très douce avec ses enfant et pas du tout rigide avec eux.

En ce qui concerne l'éducation sphinctérien de Rima, sa maman n'a pas entrepris une éducation sphinctérienne précoce. A l'âge de 2ans Rima a acquis la propreté diurne ; elle était capable de réclamer le pot à sa maman ou à sa nourrice. Selon Gésél « à 2ans, la propreté diurne est généralement acquise » ce dernier ajoute que la propreté nocturne n'est acquise qu'après l'âge de 3ans ; n'ayant pas atteint cet âge (3ans) Rima urinait parfois la nuit, ce qui mettait en colère sa mère qui pensait que puisqu'elle avait acquis la propreté diurne il allait de soi qu'elle avait acquis la propreté nocturne. Ce qui est totalement faux ; plus grave, elle la punissait et lui criait après. Rima n'a jamais arrêté de faire pipi la nuit.

1-6-3 Présentation et analyse des grilles d'observations

Tableau n° 19 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant

Attitude de la mère	Oui	Non
Punir l'enfant	oui	
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
Encourager l'enfant		non
Frapper l'enfant		non
Humilier l'enfant	oui	
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
La comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi	oui	
Ne jamais parler de l'énurésie de sa fille à d'autres personnes		non

Selon les résultats de la grille l'attitude de la mère face à l'énurésie de Rima est plutôt rigide. A chaque fois que Rima urine la nuit sa maman riposte par des punitions. Au lieu de rassurer sa fille et l'encourager elle la compare à son frère aîné et elle n'a adopté aucune méthode d'éducation pour y remédier. Dans son article, Dollander nous montre comment les parents peuvent se laisser déborder par leurs pulsions sadiques et leur désir de contrôle tout-puissant de l'enfant ; « le sadisme parental peut prendre : la

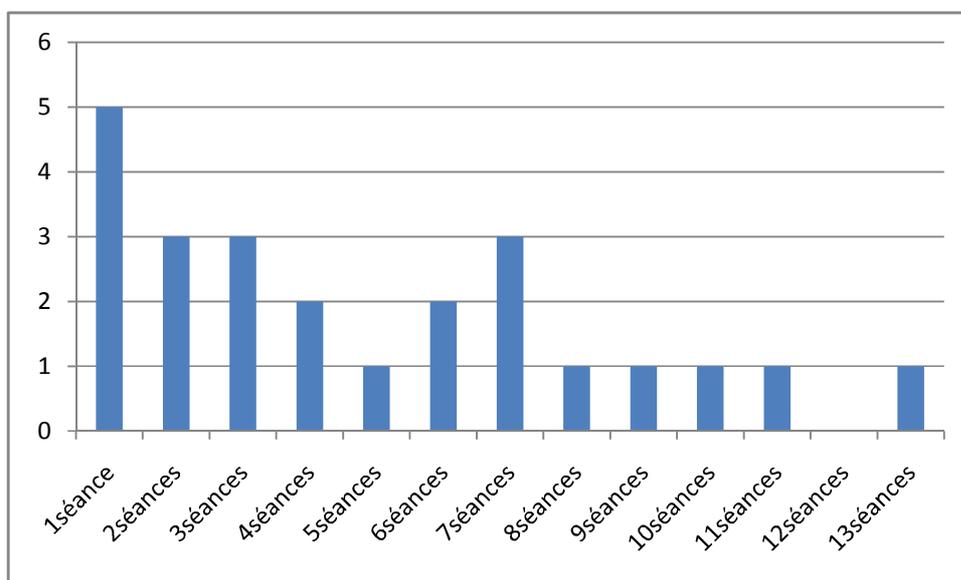
voie de l'humiliation, la voie de culpabilisation et la voie de l'insécurité totale de l'enfant ». (Dollander M., 2003, p 24).

L'attitude irresponsable de la mère nous a amenés à constater l'échec de l'éducation sphinctérienne de sa fille ; selon une étude danoise « il est probable que les facteurs environnementaux et comportementaux entrent en ligne de compte dans la détermination et le développement du trouble » (Keer H., 212, p 41).

1-6-4 Tableau et histogramme récapitulant le calendrier mictionnel de Rima

Tableau n° 20 : Calendrier mictionnel de Rima

Nombres de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois ou l'enfant urine	7/5	7/3	7/3	7/2	7/1	7/2	7/3	7/1	7/1	7/1	7/1	7/0	7/1



Histogramme récapitulant le nombre de mictions de Rima

Selon le calendrier mictionnel et l'histogramme si dessus la fréquence de l'énurésie de Rima passe de 5 jours sur 7 à la première séance à 1 jour sur 7 lors de la dernière séance ce qui est remarquable. On peut dire que la prise en charge est réussie et qu'il aurait fallu avoir pris plus tôt conscience du problème de Rima et ainsi la guérir plus rapidement.

Conclusion

Face à l'éducation sphinctérienne urétrale de Rima sa maman n'a entrepris aucune éducation précoce. En revanche, elle n'a pas tenu compte de l'âge minimum requis pour l'acquisition du contrôle sphinctérien urétrale nocturne qui est plus tardif que le contrôle sphinctérien diurne ; ce qui a entraîné de la part de la maman un comportement rigide et inadéquat envers l'éducation de sa fille. Cela a probablement contribué au maintien de l'énurésie nocturne.

1-7 Cas de Adam

1 7-1 Présentations du cas

Adam est un garçon âgé de 9ans. Il est scolarisé en troisième année primaire. Issu d'une famille de niveau socio-économique moyen. Adam est le plus jeune d'une fratrie de 3garçons. Son père est avocat, âgé de 48ans ; sa mère de 40ans est femme au foyer.

Adam est énurétique depuis sa naissance ; mis à part son problème d'énurésie, 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.

Les parents de Adam ont déjà consulté un médecin généraliste, un ami de la famille, pour l'énurésie de leur enfant et tous les examens médicaux n'ont rien décelé d'anormal. Ce dernier leur a immédiatement conseillé de consulter le psychologue clinicien de l'UDS pour une prise en charge psychologique.

Adam est décrit par ses parents comme étant un enfant qui n'est pas tellement calme ; il aime se bagarrer avec les enfants plus âgés que lui ; il prend toujours ses frères qui sont plus âgés que lui pour modèles. Il est très gâté par son père, il ne lui refuse rien.

Tableau n° 21 : Histoire de l'énurésie de Adam

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	Quotidienne 7jours/7
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Aucun
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Non
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux
Qualité du sommeil du sommeil	Très profond

1-7-2 Résumé et analyse de l'entretien avec la mère

Dans la vie quotidienne la maman d'Adam est décrite comme étant une femme rigide, très perfectionniste. Elle veut que ses enfants soient les meilleurs .Comme elle vit dans une grande habitation avec ses belles sœurs elle aime bien les concurrencer.

Elle a commencé à éduquer son fils à la propreté des l'âge de 1an. Le fils de sa belle sœur âgé de 2ans ne portant plus de couches, elle voulait que son fils fasse de même. Pour Dollander « L'acquisition de la propreté précocement est la preuve d'un bon exercice de la fonction maternelle, en corollaire un retard dans cette acquisition deviendrait un révélateur d'incompétence maternelle » (Dollander M., 2003, p 23). L'éducation sphinctérienne de Adam ne s'est pas faite de manière sereine ; au contraire, sa maman n'hésitait pas à être rigide avec lui pour Duma « Les parents peuvent se montrer trop exigeants, ne pas tolérer les échecs de l'enfant ». Elle a même

arrêté de lui mettre les couches la nuit et si ce dernier urinait la nuit elle n'hésitait pas à le punir.

En dehors de l'éducation sphinctérienne urétrale, la maman de Adam nous confie que son fils a un sommeil très profond qui peut favoriser l'énurésie ; selon Michel Averous « l'énurésie nocturne a des rapports très étroits avec le sommeil ».

1-7-3 Présentation et analyse des grilles d'observations

Tableau n° 22 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant

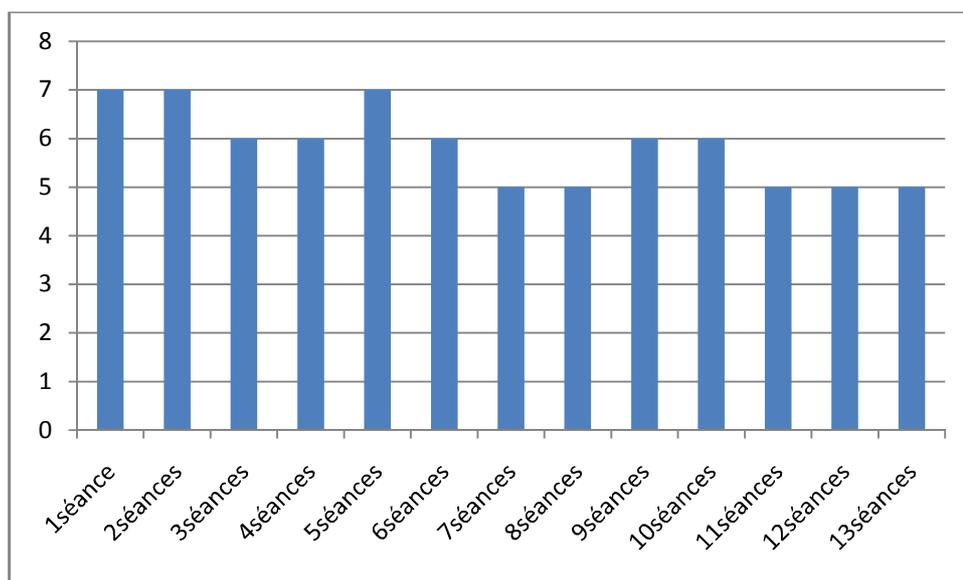
Attitude de la mère	Oui	Non
Punir l'enfant	oui	
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
Encourager l'enfant		non
Frapper l'enfant	oui	
Humilier l'enfant	oui	
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi	oui	
Le comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi	oui	
Ne jamais parler de l'énurésie de sa fille à d'autres personnes	oui	

Face à l'énurésie de Adam, sa maman a adopté une éducation très rigide en le frappant et en l'humiliant. Elle nous confie qu'elle a essayé toutes les méthodes pour qu'il arrête de faire pipi. Elle lui a même acheté une tisane qui fait soit disant disparaître l'énurésie mais en vain. Un jour elle lui a même fait laver ses vêtements en guise de punition, ce qui n'a pas amélioré l'énurésie d'Adam

1-7-4 Tableau et histogramme récapitulant le calendrier mictionnel de Adam

Tableau n° 23 : Calendrier mictionnel de Adam

Nombres de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois ou l'enfant urine	7/7	7/7	7/6	7/6	7/7	7/6	7/5	7/5	7/6	7/6	7/5	7/5	7/4



Histogramme récapitulant le nombre de mictions de Adam

Selon le calendrier mictionnel la fréquence de l'énurésie de Adam ne s'est pas réellement améliorée. Après la prise en charge, l'énurésie d'Adam est passée de 7 jours sur 7 à 5 jours sur 7, ce qui n'est pas réellement une réussite malgré que la maman ait suivi toutes les consignes du psychologue clinicien.

Conclusion

La maman d'Adam a adopté une éducation sphinctérienne trop rigide mais aussi trop précoce. Il faut aussi souligner le fait qu'Adam a un sommeil très profond qui a peut être favorisé son énurésie.

1-8 Cas de Cylina

1-8-1 Présentation du cas

Cylina est une fille âgée de 6ans. Scolarisée en première année primaire. Issue d'une famille de niveau socio-économique moyen, Cylina est fille unique. Sa maman âgée de 38ans est enceinte de 4 mois. Elle travaille dans un salon de coiffure. Son père de 40ans est commerçant.

Cylina présente une énurésie primaire. Mis à part cela, elle n'a jamais eu de problème de santé. Elle a eu un développement normal. Il n'y a pas d'antécédent d'énurésie dans la famille. Cylina est la seule à être énurétique.

C'est l'Unité de Dépistage et de Suivi qui a convoqué les parents de Cylina pour son énurésie ; ils n'ont jamais consulté de médecin ni envisagé aucun remède pour traiter ce problème.

Cylina est décrite par sa mère comme étant une fille très gâtée, à qui on ne refuse rien ; elle a de bonnes notes à l'école. Cylina est contente que sa mère soit enceinte car elle aura un petit frère ou une petite sœur avec qui jouer. Face à son énurésie Cylina est motivée pour la guérison. Elle est gênée ; personne ne se moque d'elle à la maison.

Tableau n° 24 : Histoire de l'énurésie de Cylina

Type de l'énurésie	Enurésie primaire
Fréquence de l'énurésie	Occasionnellement
Facteurs associés (constipation, encoprésie)	Aucun
Facteur psychologique qui a déclenché l'énurésie	Aucun
Problème organique associé	Aucun
Age de survenue	Depuis la naissance
Y a-t-il une énurésie diurne associée	Non
Antécédents familiaux d'énurésie	Pas d'antécédents familiaux
Qualité du sommeil	Normal

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

La maman de Cylina est décrite comme étant une femme qui n'est pas rigide avec sa fille ; elle ne lui refuse rien, la punit rarement et la gâte énormément.

Face à son éducation sphinctérienne la maman de Cylina n'a entrepris aucune éducation ; au contraire, elle l'a complètement abandonnée. A l'âge de 3ans et demi elle continuait à lui mettre les couches. Elle nous confie que son travail l'accaparait énormément ; de ce fait elle ne pouvait s'occuper de sa fille la journée. Elle la confiait à une nourrisse et, le soir, s'occupait des tâches ménagères.

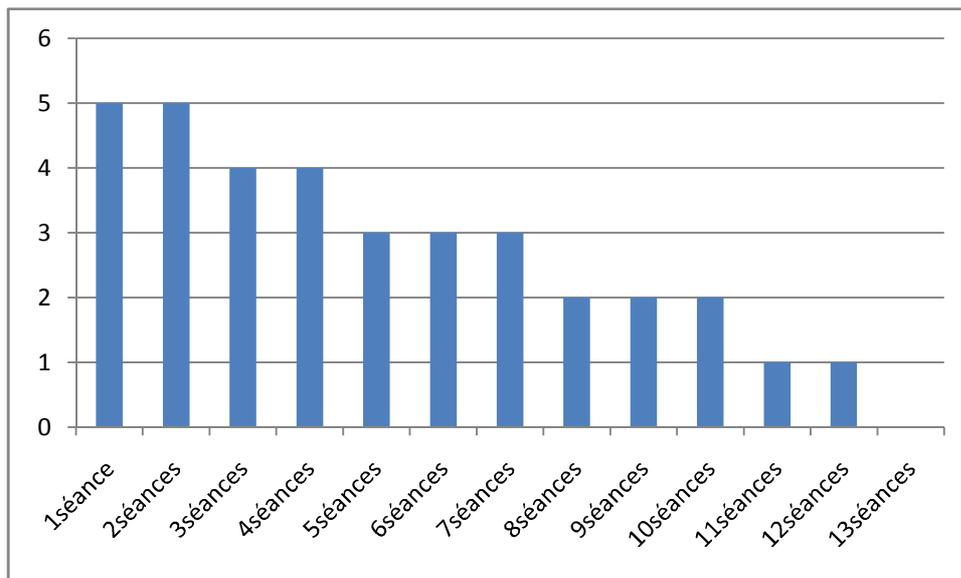
1-8-3 Présentation et analyse des grilles d'observations**Tableau n° 25 : Attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant**

Attitude de la mère	Oui	Non
Punir l'enfant		non
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		non
Encourager l'enfant	oui	
Frapper l'enfant		non
Humilier l'enfant		non
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		non
La comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi		non
Ne jamais parler de l'énurésie de sa fille à d'autres personnes		non

Face à l'énurésie de Cylina sa maman n'a adopté aucune éducation inadéquate. Elle ne l'a jamais punie, frappée ou humiliée.

1-8-4 Présentation et analyse du calendrier mictionnel de Cylina**Tableau n° 26 : Calendrier mictionnel de Cylina**

Nombre de séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Les fois où l'enfant a uriné	7/5	7/5	7/4	7/4	7/3	7/3	7/3	7/2	7/2	7/2	7/1	7/1	7/0



Histogramme récapitulatif le nombre de mictions de Cylina

L'histogramme et le calendrier mictionnel nous montrent qu'au début de la séance la fréquence de l'énurésie de Cylina était de 5 jours sur 7 ; après avoir suivi les recommandations du psychologue de l'UDS la fréquence de l'énurésie s'est considérablement réduite pour disparaître lors de la 13^{ème} séance (0 jour sur 7).

Conclusion

L'énurésie de Cylina n'est en aucun cas due à une éducation sphinctérienne précoce ou rigide. Cependant on peut conclure qu'elle est probablement le résultat d'une absence d'éducation sphinctérienne et d'un laissez aller total de la mère.

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et la grille d'observation, nous allons passer à la discussion de nos hypothèses de recherche :

Nos hypothèses émises au départ étaient les suivantes :

Hypothèse générale :

- Une éducation sphinctérienne urétrale inadéquate de la part de la mère mène à l'énurésie.

Hypothèses partielles :

- Une éducation sphinctérienne trop précoce provoque l'énurésie.

- Une éducation sphinctérienne trop rigide mène à l'énurésie.

D'après les résultats obtenus nous pouvons constater que nos deux hypothèses partielles ont été confirmées, d'ailleurs on constate que dans 5 cas les mamans ont adopté une éducation sphinctérienne trop précoce mais aussi trop rigide ; concernant Adam, Miriam, Rida, et Amine les mamans ont entrepris une éducation sphinctérienne trop précoce mais aussi trop rigide. Quant à Rima, la maman a adopté une éducation sphinctérienne rigide uniquement.

Cependant, 03 cas n'ont pas confirmé notre hypothèse générale. Pour Amira et Cyline les mamans ont carrément négligé leur éducation sphinctérienne ; selon Ferrari « *l'énurésie peut être due à une éducation sphinctérienne excessivement libérale, voire même dans certains cas absente du fait de l'indifférence parentale* » (Ferrari P., 1996, p 14) ; quant à Yasmine la maman n'a entrepris aucune éducation sphinctérienne inadéquate ; de ce fait, on peut dire que l'énurésie est probablement due à une base héréditaire.

D'après tout ce qui précède nous pouvons constater que l'énurésie nocturne primaire est due à une éducation sphinctérienne urétrale inadéquate de la part de la mère, confirmant notre hypothèse générale.

Conclusion

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

Conclusion générale

Conclusion générale

Dans le cadre de cette étude, nous avons tenté de démontrer les éventuels rapports existants entre l'énurésie et l'éducation sphinctérienne urétrale adoptée par la mère. Notre recherche a abouti à confirmer les deux hypothèses partielles, à savoir : une éducation sphinctérienne urétrale trop précoce ou trop rigide peut engendrer une énurésie.

A cet effet, les résultats obtenus nous révèlent une association adhérente entre l'énurésie et l'éducation sphinctérienne urétrale trop précoce et coercitive adoptée par la mère.

Il est important de signaler que la réalisation de notre travail a subi quelques entraves, à savoir : la difficulté d'avoir la confiance des parents pour qu'ils nous parlent de l'énurésie de leurs enfants ; de même certaines mères ne reviennent pas en consultation et abandonnent au bout de 2 ou 3 séances, et enfin le manque de documentation et d'études qui ont été faites sur l'énurésie en Algérie.

Malgré cela, on a vécu une expérience très enrichissante et très plaisante au sein de l'Unité de Dépistage et de Suivi du CEM Nacéria de Béjaia. Ainsi les résultats auxquels nous avons abouti seront bénéfiques pour notre future carrière (en tant que futurs psychologues, aux parents et au bien être des enfants) : ces résultats nous interpellent à prendre en considération l'éducation sphinctérienne urétrale de l'enfant et à chercher toutes les causes possibles qui peuvent déclencher l'énurésie, un trouble dont souffrent parents et enfants.

Nous souhaitons que cette recherche ouvre le champ à d'autres études ultérieures qui pourront compléter nos résultats, pointant les autres facteurs susceptibles de provoquer une énurésie chez l'enfant (facteurs psychologiques, le sommeil, l'hérédité et l'éducation sphinctérienne inexistante).

Bibliographie

Bibliographie

- 1- Ajuriaguerra J. (1980), « Psychiatrie de l'enfance », 2^{ème} édition. Masson, Paris.
- 2-Armengaud D. (2003), « Pédiatrie », éd. Estem, Paris.
- 3- Averous M. et Lopez C., (1997), « Bilan de 20 ans de réflexion sur l'énurésie de l'enfant, progrès en urologie », éd .Masson, Paris.
- 4- Beatrice A. et al., (2005), « Psychologie clinique et psychopathologie », éd. Breal, Seine-saint Denis.
- 5- Billard M. (2007), « Le guide du sommeil, comment bien dormir », éd. Odile Jacob, Paris.
- 6- Bril B. « Propos sur l'enfant et l'adolescent : quels enfant pour quelles cultures », édition L'hormattan, Paris.
- 7- Chahraoui K.et al., (2003), « Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique », éd. Dumond, Paris.
- 8-Charlotte M. et al., (2004), « L'indispensable de la psychologie », éd. Studyrama, Paris.
- 9- Chartier J-P. et al., (2007), « Psychologie : commencez avec les meilleurs professeurs », éd. Eyrolles, Paris.
- 10- Cochat P. (1997), « Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant », éd. Elsevier, Paris.
- 11- Dumas J. (2002), « Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent », édition De Boeck, Bruxelles.
- 12- Dumont J-P. (1995), « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », éd. Heurs de France, Paris.
- 13-Ferrari P. (1993), « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », édition. Flammarion, Paris.
- 14- Granger B. (2003), « La psychiatrie d'aujourd'hui : du diagnostique au traitement », éd. Odile Jacob, Paris.
- 15- Gueniche K. (2007), « Psychopathologie de l'enfant », 2^{ème} édition. Armond colin,
- 16-kremp L. et al., (2008), « Pédiatrie, pédo-pédiatrie et soin infirmiers », éd. Lamarre, Paris.

- 17- Lacombe J. (2008), « Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans », édition. De Boeck, Belgique.
- 18-Laplanche J. et al., (1996), « Vocabulaire de la psychanalyse », édition. Delta, Paris.
- 19-Lissauer T, et al., (1998), « Pédiatrie : manuel illustré », édition. De Boeck, Paris.
- 20- Martin J. et al., (2009), « Le bébé en service éducatifs », éd. Presses de l'Université du Québec.
- 21- Nevid J. et al., (2009), « Psychopathologie », éd. Pearson Education, France.
- 22- Parabel J. et al., (2009), « Dictionnaire médicale à l'usage des IDE », 3^{ème} édition. Lammare, Paris.
- 23- Prouff J. (1995), « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », éd. Heures de France, Paris.
- 24-Sahuc C. (2006), « Comprendre son enfant de 0 à 10 ans », édition. Studyparents , Paris.
- 25- Senter J. et al., (1996), « Pédiatrie-Capita selecta », éd. Garant, Belgique.
- 26-Sillamy N. (2003), « Dictionnaire de la psychologie », édition. Larousse, Paris.
- 27-Tavris C. et al., (1997), « L' introduction à la psychologie : les grandes perspectives », éd. De Boeck, Bruxelles.

Revues :

- 28-Abid A. (L'énurésie et ses thérapie), In « *El tawassol* », numéro 24, université Badji Moktar, Annaba, 2009. Pp. 52-68.
- 29-Averous M. et al., (Enurésie), In « *Guide AAPI conseils aux parents* », Boulogne , Avril,2009.pp. 4-6.
- 30-Averous M. (Le traitement de l'énurésie chez l'enfant), In « *Avis d'expert* », Numéro 3, Octobre 2001, Paris. Pp. 4-7.
- 31-Bonnin A. (Les hauts et les bas de l'énurésie nocturne), In « *La médecine du Québec* », volume 43, numéro11, Novembre 2008. Pp.73-76
- 32- Dollander M. (Laissons leur le temps d'être propres), In « *Métiers de la petite enfance* », numéro 88, Avril 2003. Pp. 21-24.

- 33- Guiguère R. (Dormir aux secs), In « *Chicopratique* », numéro 4, Québec, 2010. Pp. 159-161.
- 34- Keer H. (L'énurésie nocturne), In « *Le journal du patient* », numéro 5, mai 2012, pp. 41-43.
- 35-Naouri A. (A quel âge le mettre sur le pot ?), In « *Famille magazine* », numéro 84, juillet, 1994. Pp.20-27.
- 36-Philippe C. et al., (Soigner l'enfant énurétique sans en faire une maladie), In « *Médecine et enfance* », volume 28, paris aout 2008. pp. 2-6.
- 37- Wilhelm J. et al., (Troubles mictionnels de l'enfant), In « *Groupes suisses de travaille de néphrologie pédiatrique* », volume 21, Genève, 2010.pp . 26-28.
- 38- Boisclair J. « Petit guide sur l'apprentissage de la propreté à l'intention des parents », in « *Au carrefour des RSG* »pp. 17-20 (publication numérique).

Annexes

AnnexeA

Guide de l'entretien avec la maman des enfants énurétiques

Axe I : Informations sur l'énurésie de l'enfant

- 1-Quelle est le type d'énurésie de l'enfant : énurésie primaire, secondaire, nocturne ou diurne.
- 2-Age de survenue?
- 3-Y a-t-il un facteur qui a déclenché l'énurésie?
- 4-Fréquence de l'énurésie : quotidienne, clairsemée, épisodique?
- 5-Facteurs associés : constipation, encoprésie?
- 6-A t-il déjà consulté un médecin?
Si oui, quel était le diagnostic et le traitement? (facteur organique est éliminé)
- 7-Antécédents familiaux d'énurésie : mère, père, fratrie, grands-parents, Oncles, tantes, cousins, cousines?
- 8- Quelle est la fréquence de l'énurésie ?

Axe II : Profil psychologique de l'enfant

- 1-L'enfant est-il motivé ?
- 2-Le trouble gêne-t-il l'enfant ?
- 3-A-t-il un sentiment de honte ?
- 4-A-t-il un sentiment de culpabilité ?
- 5-A-t-il une mauvaise estime de soi ?
- 6-A-t-il des difficultés scolaires ?
- 7-A-t-il des troubles du comportement ?
- 8-Est-il souvent inquiet (anxieux) ?

9-Dort-il facilement hors du domicile (famille, colonie,) ?

10-Est ce que l'enfant a un sommeil léger ou au contraire il a un sommeil très profond?

11-Est ce que ses frères se moquent de lui à cause de son énurésie?

12-Est ce que l'enfant est motivé par la guérison ou c'est seulement le désir des parents?

13-Est-ce qu'il fait des efforts?

Axe III : Information sur l'éducation sphinctérienne urétrale

1- A quelle âge la maman a tenté d'éduquer son enfant à la propreté?

2-A quelle âge la maman a tenté d'enlever les couches à son enfant ?

3-Quelle sont les méthodes que la maman a utilisées pour éduquer son enfant à la Propreté ?

4-Est ce que la maman met des couches pour son enfant avant de dormir à un âge ou l'enfant peut être propre la nuit ?

5-Est-ce que la maman est la seule à éduquer l'enfant ou bien il ya une autre personne qui intervient dans son éducation?

6-La maman est elle dans la vie quotidienne une femme perfectionniste, rigide?

7-Est ce que la maman adopte une attitude de surprotection vis à vis de son enfant?

8-La maman rejette telle son enfant, elle n'est pas tendre avec lui?

9-L'enfant est-il encouragé dans ses efforts?

10-L'enfant se fait-il disputer à cause de son énurésie?

11-Est ce que la maman réveille l'enfant au cours de la nuit pour qu'il fasse pipi?

12-Est ce que la maman punit ou frappe l'enfant quand il urine la nuit ou bien elle laisse aller?

13-Est ce que la maman a déjà utilisé des remèdes traditionnels contre l'énurésie de son enfant?

Si oui, quels en étaient les résultats?

14-Est ce que la maman parle facilement de l'énurésie de son enfant à d'autres personnes ou bien elle le tient comme secret?

15-Est ce que la maman humilie son enfant ?

16-A quel âge la maman a tenté de mettre son enfant sur le pot ?

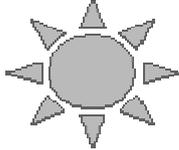
Annexe B**La grille d'observation**

Attitudes de la mère	Oui	Non
Punir l'enfant		
Adopter une nouvelle méthode d'éducation		
Encourager l'enfant		
Frapper l'enfant		
Humilier l'enfant		
Lui faire laver ses vêtements après avoir fait pipi		
Le comparer à d'autres enfants qui ne font pas pipi		
Ne jamais parler de l'énurésie de l'enfant à d'autres personnes		

Annexe C**Calendrier mictionnel de l'enfant**

	Nombre de fois où l'enfant a uriné	Nombre de nuits sèches
Séance 1		
Séances 2		
Séances 3		
Séances 4		
Séances 5		
Séances 6		
Séances 7		
Séances 8		
Séances 9		
Séances 10		
Séances 11		
Séances 12		
Séances 13		

Annexe D**Calendrier mictionnel pour l'enfant énurétique**

		
Samedi		
Dimanche		
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		