

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie Clinique

THEME

L'ENURESIE CHEZ LES
ENFANTS SCOLARISES AGES DE 6 A 12
ANS

Etude de 05 cas, réalisée à l'U.D.S d'Ihadaden de Béjaia

Réalisé par :

M^R HADDAD Djamel

Encadré par :

M^R LAOUEDJ Mabrouk

Année Universitaire 2012 - 2013

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	---

Le cadre générale de la problématique

I- Le choix du thème.....	2
II- Les objectifs de la recherche.....	2
I-1-Les objectifs théoriques.....	3
I-2-Les objectifs pratiques.....	3
III- La problématique.....	4
IV- Les hypothèses.....	5
V- Les concepts clés.....	6

Partie théorique

Chapitre I : L'énurésie

Introduction.....	7
I- Historique.....	8
II- La définition de l'énurésie.....	9
III- La classification de l'énurésie.....	10
III-1- L'énurésie nocturne isolée.....	10
III-2- L'énurésie diurne associée à des troubles mictionnels.....	10
IV- Quels enfants traité.....	11
V- Épidémiologie de l'énurésie.....	11
VI- Les facteurs qui agissent sur l'énurésie.....	11

VI-1- Les facteurs étiologiques de l'énurésie	12
VI-2- Les facteurs physiopathologiques	14
VI-3 Autres causes	15
VII- Physiopathologie de l'énurésie.....	15
VII-1- Rappels anatomo-physiologiques	15
VII-2- Le détrusor	15
VII-3- Les muscles périnéo-sphinctériens	16
VII-4- Les nerfs vésicaux et les plexus juxta-vésicaux	16
VII-5- Les centres médullaires sacrés	16
VII-6- Les centres médullaires thora colombaires	16
VIII- Mécanismes de l'inhibition vésicale	17
VIII-1- L'acquisition de la propreté	17
VIII-2- Etapes de l'ontogénèse du contrôle mictionnel	17
IX- Évaluation d'un enfant énurétique	19
IX-1- Interrogatoire	19
IX-2- Examen clinique	19
IX-3- Examens complémentaires	20
X- Traitement de l'énurésie	23
X-1- Traitement pharmacologique	23
X-2- Traitement kinésithérapique	25
X-3- Traitement comportementale	27
X-4- Autres méthodes de traitement	30
Conclusion	31
 Chapitre II : Développement de l'enfant de 6 à 12 ans	
Préambule.....	32

I-	Les étapes du développement.....	32
I-1-	Les stades du développement psychoaffectif.....	32
I-2-	Les stades du développement psychomoteur et cognitif.....	34
I-2-1-	Le développement psychomoteur et ses caractéristiques.....	34
I-2-2-	Le développement cognitif.....	35
II-	L'enfant énurétique à l'école.....	43
II- 1-	Le rôle de l'enseignant.....	43
Conclusion	43

La partie pratique

Chapitre III : Démarche de la recherche et population d'étude

Introduction	44
I-	L'opérationnalisation des concepts	44
I-1-	L'enfant énurétique	44
I-2-	L'enfant scolarisée	44
II-	La démarche utilisée	44
III-	La population d'étude	45
IV-1-	La présentation de lieu de stage	45
IV-2-	La sélection de notre population d'étude	47
Conclusion	48

Chapitre IV : Les techniques utilisées

Introduction	49
I-	Les techniques utilisées	49
I-1-	L'entretien clinique	49
I-2-	Le calendrier mictionnel	51

II- Le déroulement de la pratique.....	51
Conclusion	53
Chapitre V : Présentation des cas, leurs analyses et discussion des hypothèses	
I- La présentation des cas et leurs analyses	54
I-1- Le cas de Z.O	54
I-2- Le cas de M.A	57
I-3- Le cas de S.B	60
I-4- Le cas de A.Y	63
I-5- Le cas de K.H	67
II- Analyse générale des résultats.....	71
III- La discussion des hypothèses	71
Conclusion générale	73

Bibliographie

Annexe

Remerciements

Je tien d'abord à remercier le bon Dieu qui ma donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

Je tien à formuler ma gratitude et ma profonde reconnaissance à l'égard de mes parents pour leurs soutiens durant mes études.

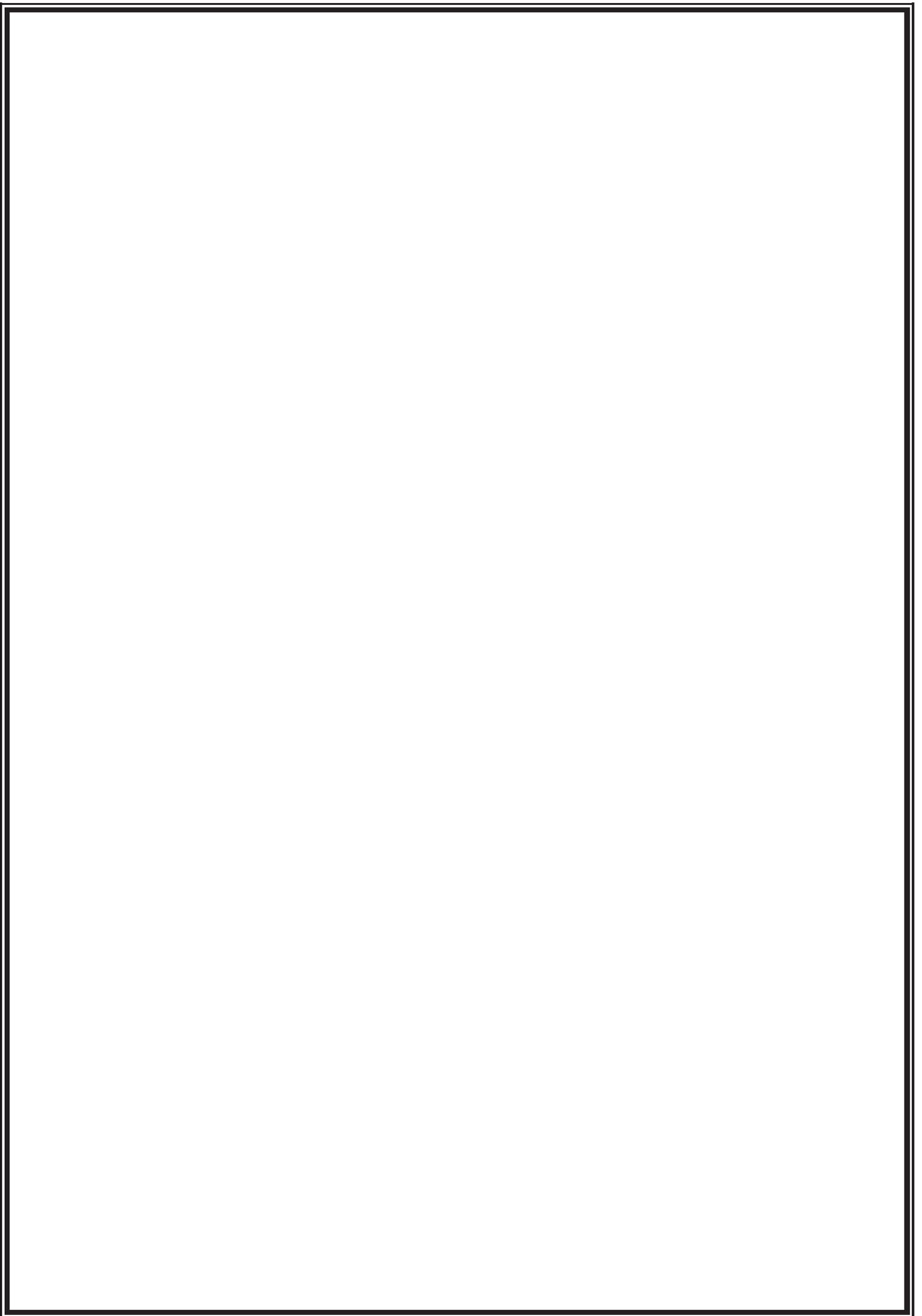
Je tien également à remercier tous ceux qui m'ont beaucoup appris et ont la gentillesse de faire de cette expérience un moment favorable.

En premier lieu mon encadreur : Ms LAEOUEDJ MABROUK qui m'a accompagné tout au long de cette expérience avec beaucoup de patience et de pédagogie.

En second lieu l'ensemble des patients du centre de l'UDS d'IHADDADENE qui sans eux ce travail de recherche n'aura jamais vu le jour par leurs consentements à la participation à cette recherche, et à qui je souhaite prompt rétablissement.

Et je tiens également à remercier l'ensemble du personnel de l'UDS d'IHADDADENE de Bejaïa et à leurs tête la psychologue : Melle SAIDI

FERIEL.



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en signe de respect, d'amour et de reconnaissance à :

A mon cher père

A ma chère mère

A mes chères sœurs (Lydia et Anissa)

A mon cher frère (Fayçal)

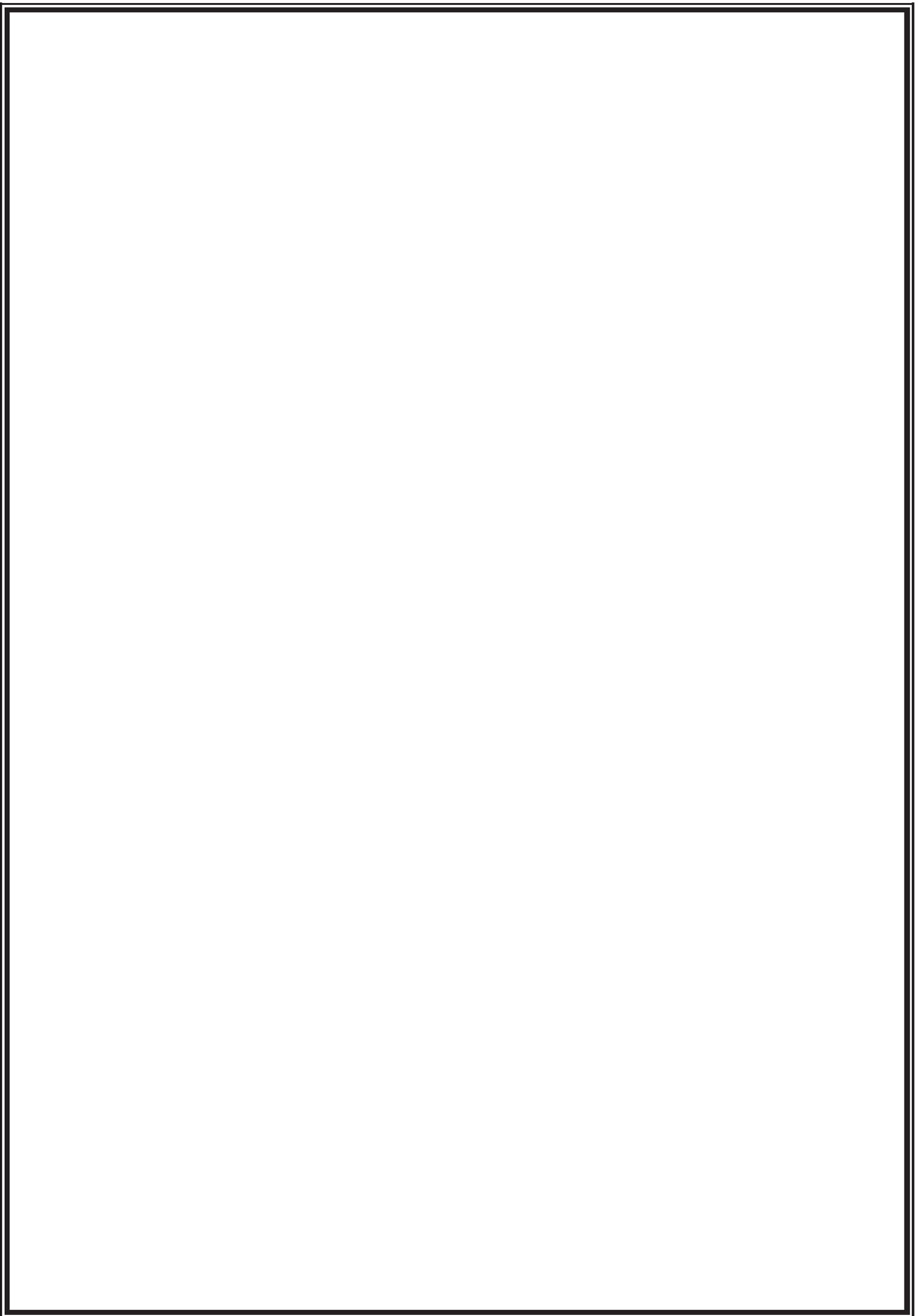
A toute la famille HADDAD et TAZIT ou se trouve

*A tous mes amis : Nassim, Sofiane, Nabil, Dalila, Leila,
Meriem, Latifa, Sofia, Lamia, Siham et Samira.*

A tous ceux que j'aime.

*A tous ceux qui ont été honnêtes et sincères avec moi durant ces
longues années.*

DJAMEL



Introduction

Plusieurs parents se trouvent désemparés face à ce problème quotidien et leurs questions restent toujours sans réponses sur l'originalité de ce phénomène que ce soit un problème médical ou simplement psychologique.

On parle d'énurésie qui est véritablement considérée comme un symptôme lorsqu'elle est fréquente et régulière (au moins deux fois par semaine) et s'étant sur une période d'au moins trois mois ou bien lorsqu'il ya une altération du fonctionnement social et /ou scolaire.

L'énurésie est parmi les problématiques majeures que l'on rencontre le plus souvent au niveau de l'enfance et surtout dans le milieu scolaire. Les aspects psychopathologiques sont quant à eux nombreux. En dehors des inconvénients que peut constituer l'énurésie (la scolarisation, sentiment de honte ressenti face aux autres...etc.), l'enfant peut tirer des bénéfices de son symptôme qui contribue a sa persistance.

A travers cette étude on va essayer de parler sur la scolarisation et son influence sur l'énurésie de l'enfant.

Le travail présenté, s'est focalisé sur les enfants scolarisés âgés entre 6 à 12 ans qui souffrent du trouble de l'énurésie. L'intérêt porté à cette tranche d'âge et cette population n'ai pas faite au hasard, mais vient du fait de la complexité de cette période et la difficulté de la prise en charge de ces enfants.

Pour atteindre notre objectif, nous avons adapté un plan de travail qui comporte les éléments suivants : un cadre général de la problématique qui comporte une problématique, des hypothèses et la définition des concepts clés.

Une partie théorique divisée en deux chapitres : chapitre I intitulé l'énurésie et le chapitre II intitulé le développement de l'enfant de 6 à 12 ans.

Une partie pratique : ou nous avons abordé les éléments de la méthodologie : la méthode appliqué, la population d'étude et les outils utilisés. En plus on a abordé les éléments suivants : présentation et analyses des cas, et une discussion des hypothèses. Enfin, on termine notre étude par une conclusion générale.

1/ Choix du thème :

En réalité, à ce jour, il paraît clairement que l'étiologie précise de l'énurésie est encore inconnue. Malgré que ce phénomène est un sujet de plus en plus résonné dans notre société. Où actuellement, l'énurésie suscite un grand intérêt chez les spécialistes de l'enfance ainsi que chez les parents et les enseignants. Ce sont ces raisons qui nous ont poussés à s'intéresser à ce thème.

Nos objectifs de choisir ce thème sont les suivants :

- L'actualité du thème.
- Le manque d'études psychologiques sur le thème de l'énurésie chez les enfants scolarisés, surtout la période d'âge entre 6 et 12 ans.
- C'est un thème propre à notre spécialité (psychologie clinique).

2/ Les objectifs de la recherche :

Notre recherche porte sur le trouble de l'énurésie qui touche les enfants scolarisés âgés entre **6 à 12** ans. Cette dernière est réalisée dans le cadre de l'obtention d'un M aster en Psychologie Clinique.

Toute recherche scientifique a un objectif principal, c'est d'apporter à la société quelque chose de nouveau par lequel elle peut se bénéficier.

D'après Maurice ANGERS : « le choix d'un sujet est l'évolution de la faisabilité d'une recherche, représentant le premier moment de la formation du problème de recherche ».

Notre étude se fixe sur des objectifs majeurs dont voici les primordiaux :

- Valoriser le rôle de la psychologie clinique dans le soulagement de la souffrance des individus.
- Revaloriser le rôle des psychologues cliniciennes dans notre société.
- Encourager et soutenir les parents à être actifs pour une meilleure prise en charge de leurs enfants.

Objectifs et choix du thème

Les objectifs théoriques :

- Donner l'importance au coté psychologique de l'énurésie.
- Tenter de s'exercer à travers l'application de la démarche qu'on a suivi toute au long de notre recherche.
- De tenter de vérifier que l'enfant énurétique a des difficultés scolaires.
- De mettre le point sur la souffrance des parents des enfants énurétiques.
- D'essayer de comprendre les difficultés engendrées par le trouble de l'énurésie.
- D'essayer de montrer la nécessité de la prise en charge précoce et multidimensionnelle de ces enfants énurétiques.

Les objectifs pratiques :

- Notre objectif pratique principal est de confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ.
- Evaluer l'énurésie des enfants scolarisés.
- Encourager les enfants énurétiques, afin de mieux gérer leurs pathologies.

Problématique et hypothèses

I- Problématique

Les progrès de la science, la qualité des méthodes de prévention et du dépistage précoce, ainsi que du traitement de nombreuses pathologies infantiles contribuent au bon état de santé physique et psychique de l'enfant et de l'adolescent.

Les pathologies de l'enfance sont nombreuses et complexe telles que : le trouble envahissant du développement, la dyslexie, le bégaiement, les troubles de l'apprentissage, l'anorexie, l'autisme, la dépression, l'hyperactivité, l'énurésie... le psychologue est confronté quotidiennement à la clinique de ces diverses formes psychopathologique.

Donc comment répondre à ces demandes ? Et comment aider l'enfant/l'adolescent ainsi que la famille en souffrance ?

L'énurésie se manifeste dans les consultations psychologiques de jour en jour, nous avons l'obligation d'apporter de l'aide et de soulagement à cette catégorie d'enfant.

Depuis quelques années, les troubles énurétiques constituent un motif croissant de consultation psychologique. Les demandes de consultations psychologiques sont liées à des problèmes scolaires. Où les psychologues reçoivent, en effet, des parents inquiets, désemparés devant les troubles de leurs enfants.

Alors nous nous sommes intéressés à la question de l'énurésie qui pose problème non seulement aux enseignants, mais aussi aux parents.

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 culotte (énurésie diurne).

L'énurésie peut être temporaire, liée à une période où l'enfant est angoissé (absence de la mère, déménagement, etc.) ou durable, s'inscrivant dans le quotidien du fonctionnement familial. **(Mareau, C., Vanek Dreyfus A., 2004, P. 78.)**

Les pédiatres désemparés devant ce fléau social, qui furent orientés les enfants qui posent le problème d'énurésie aux consultations psychologie.

C'est à ce niveau d'observation que je me suis intéressé à cette question pertinente. Alors, je me suis proposé d'en comprendre les aboutissants de ce trouble pas comme les autres.

Problématique et hypothèses

Durant notre pré-enquête on remarqué qu'il ya beaucoup d'enfants qui souffrent d'énurésie toute formes confondues, spécifiquement chez les enfants âgés de 6a 12 ans, c'est-à-dire chez les enfants scolarisées.

Donc je me suis posé la question du pourquoi les enfants scolarisés âgés de 6a 12 ans souffrent d'énurésie ?

Autrement dit : la scolarisation est-elle un facteur déclenchant l'énurésie ?

À cet effet, pour tenter de répondre à la question de départ, nous avons formulé une hypothèse générale et deux hypothèses opérationnelles, qui sont de nature à nous guider dans l'élaboration de notre travail de recherche.

Les hypothèses :

Les enfants scolarisés âgés de 6 à 12 ans sont touchés par l'énurésie.

A ce sujet, nous indiquons que nous disposons deux variables : variable indépendante (les enfants scolarisés) et la variable dépendante (l'énurésie).

L'hypothèse générale

La scolarisation est un facteur déclenchant l'énurésie.

Les hypothèses opérationnelles

Les enfants scolarisées âgés de 6à 12ans souffrent d'énurésie diurne.

Les enfants scolarisées âgés de 6à 12ans souffrent d'énurésie nocturne.

Problématique et hypothèses

Définition des mots clés

L'énurésie

Emission d'urine dont le déclenchement est involontaire et inconscient, le plus souvent pendant le sommeil. On distingue l'énurésie primaire, lorsque le contrôle sphinctérien n'a jamais été acquis, la plus fréquente, de l'énurésie secondaire, qui survient après un intervalle plus ou moins long de propreté complète. C'est entre 18 et 24 mois que l'éducation du contrôle sphinctérien est possible. Hors pathologie urologique ou endocrinienne, les causes de l'énurésie doivent être analysées avec l'aide de la famille. (Bloche, H., et al, Larousse, 2002, p. 443).

L'enfance

L'enfance est une période de l'évolution de l'homme qui se situe au début de son existence. L'enfance débute dès les premiers jours de vie d'un être humain et se termine à la puberté, qui marque le début de l'adolescence. D'un point de vue médical, l'enfance est composée de trois grandes périodes : la période néonatale qui couvre le premier mois de vie d'un enfant, la première enfance qui commence avec le deuxième mois de vie et qui se termine aux 2 ans de l'enfant et la deuxième enfance qui débute à 2 ans et qui se termine vers 12 ans à l'adolescence.

L'enfant

Étymologiquement le mot enfant vient du latin *infans* (*in*, privatif, et *fari*, parler) et signifiait, chez les Romains, « celui qui ne parle pas ». Les concepts d'*enfance* et les valeurs y étant afférentes ont beaucoup évolué de l'Antiquité à nos jours, selon les civilisations, les classes sociales et les contextes et la personnalité des parents. Au 20^e siècle le mot *enfant* a été réintroduit par Jacques Lacan pour désigner « l'enfance d'avant la parole » ; les deux notions existent donc maintenant bien distinctement.

Un **enfant** est un être humain, mâle ou femelle, dans sa période de développement située entre la naissance et l'adolescence.

INTRODUCTION

L'énurésie se définit comme une miction active et complète survenant à un moment ou à un endroit inapproprié ou socialement inacceptable (enfant de plus de 5 ans). L'enfant avec une énurésie nocturne urine dans son lit alors qu'il est endormi et n'est généralement pas réveillé par le fait d'être mouillé. La forme la plus fréquente est l'énurésie nocturne mono symptomatique, ce qui signifie qu'il n'y a pas de symptômes cliniques dans la journée.

L'énurésie est un syndrome héréditaire résultant de trois facteurs : la polyurie nocturne, une capacité vésicale fonctionnelle réduite et un trouble de l'éveil. C'est la pathologie chronique de l'enfant la plus fréquente dans les pays occidentaux. L'interrogatoire élimine les troubles mictionnels diurnes et précise les conditions de l'énurésie. L'examen clinique élimine une vessie neurologique ou une malformation. Les examens complémentaires sont inutiles. Le traitement repose sur les alarmes et/ou la desmopressine. Il est réservé aux enfants et aux familles demandeurs. Le suivi pendant et à l'arrêt du traitement est un élément essentiel du succès qui reste inconstant.

L'énurésie nocturne est un désordre du genre humain. Se mouiller pendant la nuit ne se produit pas chez les autres mammifères. La prise en charge de cette anomalie suppose une définition partagée, une compréhension des mécanismes physiopathologiques, une évaluation clinique simple mais rigoureuse et un éventuel traitement adapté à chaque enfant.

I/ Historique :

Le terme "énurésie", qui vient du grec *en* (sur) et *ouresein* (uriner), caractérise une miction active, complète, répétée, involontaire ou délibérée survenant plus volontiers la nuit ou pendant le sommeil.

C'est le "**bed wetting**" des Anglo-Saxons et l'on ne doit pas considérer le terme "énurésie nocturne" comme un pléonasme car il peut s'accompagner de troubles mictionnels diurnes.

Il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un symptôme aussi vieux que l'homme, traduisant, en dehors de malformation inaperçue ou d'abouchement urétral ectopique, un défaut d'acquisition de la propreté, un manque de précocité.

C'est une inondation plus qu'une fuite objectivant une difficulté de contrôle coordonné de la vessie et des sphincters. Sa sévérité peut être permanente ou aléatoire.

Il est décrit non "une" mais "des" énurésies qu'il est fondamental de déterminer pour proposer une démarche thérapeutique cohérente.

La multi factorialité du syndrome "énurésie" et les nombreuses inconnues sur les causes de cette affection imposent d'étudier avec précision la symptomatologie, le profil psychologique de l'enfant, les examens cliniques et les explorations.

De nombreuses explications ont été avancées quant aux mécanismes étio-pathogéniques mais aucune d'elles n'est à elle seule satisfaisante.

Trop souvent considérée comme un trouble du comportement, l'énurésie ne peut être améliorée ou guérie que si l'enfant le désire intimement. Elle ne doit pas être considérée comme une fatalité liée au sexe ou à l'hérédité même si des facteurs favorisants ont été décrits.

Les traitements de l'énurésie nécessitent souvent l'association de plusieurs thérapeutiques où la kinésithérapie trouve une place souvent injustement considérée comme une thérapie accessoire.

Ils sont habituellement dominés par la pharmacologie vésicale mais la rééducation fonctionnelle va trouver ses indications car la prise en charge kinésithérapique est prolongée dans le temps, répétitive et va donc favoriser le facteur relationnel.

Cet article se propose de faire une mise au point des techniques et de la contribution kinésithérapique à mettre en œuvre lorsque l'on est confronté à un enfant qui parfois réclame un traitement, qui souvent ne demande rien, à une famille qui exige une solution et des résultats. (**L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris- Saints**).

II/ Définition de l'énurésie :

L'énurésie se définit comme une miction active et complète survenant à un moment ou à un endroit inapproprié ou socialement inacceptable. L'enfant avec une énurésie nocturne urine dans son lit alors qu'il est endormi et n'est généralement pas réveillé par le fait d'être mouillé. La forme la plus fréquente est l'énurésie nocturne mono symptomatique, ce qui signifie qu'il n'y a pas de symptômes cliniques dans la journée éliminant ainsi un dysfonctionnement vésical. Ces enfants n'ont pas de miction impérieuse, pas de fuite urinaire diurne et ont un nombre de mictions journalières normal.

Cette séparation entre énurésie nocturne mono symptomatique qui constitue la base de cet article et énurésie nocturne associée à des troubles mictionnels diurnes est très utile cliniquement mais ne correspond probablement pas totalement à la réalité de fonctionnement de la vessie.

La définition de l'énurésie nocturne implique qu'elle soit socialement inacceptable. Cette condition semble remplie au-dessus de l'âge de 5 ans.

Le nombre de nuits mouillées doit être précisé par mois ou par semaine. Il est également important de déterminer le moment de survenue : précocement (deux premières heures de sommeil), tardivement (deux heures avant le lever) ou sans notion de temps. Une des difficultés de la définition d'énurésie est de savoir à partir de quel nombre de nuits mouillées par mois l'énurésie nocturne devient un problème. Il y a maintenant un consensus raisonnable pour considérer qu'un enfant qui se mouille la nuit une à trois fois par mois peut nécessiter une aide et un traitement. Les études cliniques jugeant de l'efficacité d'un traitement sur la réduction du nombre de nuits mouillées retiennent le chiffre de 14 nuits sèches par mois pour pouvoir juger de l'efficacité des traitements. Certaines sous-classifications ont été définies car elles peuvent avoir des conséquences thérapeutiques : l'énurésie nocturne primaire correspond à des enfants présentant une énurésie mono symptomatique qui n'ont jamais été secs la nuit pour une période ininterrompue d'au moins 6 mois ; elle s'oppose à l'énurésie nocturne secondaire où, après une période d'acquisition de la propreté d'au moins 6 mois, réapparaissent des fuites nocturnes. L'énurésie primaire est plus fréquente que l'énurésie secondaire : 52,8% versus 31,6 %.

Ces définitions opposent énurésie et incontinence. L'incontinence correspond à la perte de petites quantités d'urine et non à une miction complète. Cette distinction constitue la première étape de la démarche clinique chez ces enfants. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

III/ Classification de l'énurésie

Les données de l'interrogatoire et l'analyse clinique permettront d'éliminer un trouble organique, une infection urinaire latente, une polydipsie résultant d'un diabète, une encoprésie associée, des troubles comportementaux intellectuels et moteurs. La recherche de pathologie urinaire associée est nécessaire à la recherche d'une épine irritative vésicale, d'une cystite, vulvo-vaginite, balanite ou phimosis, parasitose digestive etc.. L'habitus de l'enfant doit aussi être étudié avec détermination du lieu de repos, chambre seule ou commune, accès aux toilettes facile, température des lieux, prise de boissons vespérales.

III-1- L'énurésie nocturne isolée :

C'est l'énurésie la plus fréquente, le "**bed wetting**" des anglo-saxons. Elle se définit comme le syndrome d'un enfant qui mouille régulièrement son lit, suite à une miction inconsciente mais normale dans son déroulement et survenant pendant son sommeil (Pr G. Lenoir). Lorsque l'enfant n'a jamais été propre plus de quelques semaines depuis sa naissance, on parle d'énurésie primaire. La reprise de l'énurésie après une période sèche de plus de 6 mois signera l'énurésie secondaire, avec des facteurs déclenchants infectieux ou psycho-sociaux. Elle peut être secondaire à un dysfonctionnement hormonal avec diminution de la production nocturne d'hormone antidiurétique, mais aussi à un défaut d'éducation mictionnelle avec mise sur le pot trop précoce ou forcenée.

L'énurésie psychogène est souvent le symptôme élémentaire d'un contexte général ou neuro-psychique.

L'association de l'encoprésie à l'énurésie est également à inclure dans ce cadre. La présence d'un retard psychomoteur, de troubles du comportement affectif, de tremblements et de tics est souvent associée à l'énurésie.

III-2- L'énurésie diurne associée à des troubles mictionnels :

L'immaturation vésicale domine en fréquence cette catégorie. Les troubles diurnes sont habituellement accompagnés d'une augmentation de la fréquence mictionnelle, d'impériosités et urgences, de vessies de petite capacité, à compliance basse, hyperactives motrices ou hyper réfléchies confirmées par l'aérodynamique.

L'énurésie réflexe est souvent la résultante d'irritations périnéales majeures provoquant des instabilités vésicales. Enfin l'énurésie névrotique ou psychotique accompagnant les troubles profonds du comportement des enfants psychiatriques. (**L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris-Saints**).

IV/ Quels enfants traiter ?

L'étude réalisée par LOTTMANN montrait que 42% des enfants interrogés avaient été ennuyés par leurs symptômes, 92% des mères considérant que ceci n'avait pas de répercussion sur leur vie de famille, le comportement à l'école ou les résultats scolaires de leur enfant. Néanmoins, 48% d'entre elles déclaraient que les médecins consultés n'avaient pas prêté suffisamment attention au problème de l'énurésie nocturne de leur enfant. Il apparaît que l'énurésie nocturne doit être traitée chez les enfants et/ou les familles demandeuses d'une prise en charge. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

V/ Épidémiologie de l'énurésie :

Les enfants deviennent généralement propres le jour avant d'être propres durant leur sommeil. À 2 ans, 25% des enfants sont propres le jour et 10% la nuit ; à 3 ans, les pourcentages sont respectivement de 98% et 78%.

Ensuite, chaque année, environ 15% des enfants verront disparaître leurs mictions nocturnes. L'énurésie nocturne est plus fréquente chez les garçons que chez les filles dans l'enfance mais cette tendance tend à disparaître avant l'adolescence. À l'âge de 7 ans, 5 à 10% des enfants sont suffisamment mouillés la nuit pour être demandeurs d'un traitement. La prévalence de l'énurésie nocturne chez les adultes est estimée à 0,5 %, ce qui veut dire que moins de 5% des enfants ayant eu une énurésie nocturne sont à risque de la voir se prolonger pendant l'adolescence. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

VI/ Les facteurs qui agissent sur l'énurésie

VI-1- Les facteurs étiologiques de l'énurésie :

L'énurésie nocturne est une pathologie héréditaire. Les facteurs génétiques sont les plus importants dans l'étiologie de l'énurésie nocturne. Dans une population de 106 enfants ayant une énurésie nocturne, von Gontard retrouve une histoire familiale dans 63,2% des cas. Chez les enfants dont les deux parents ont une histoire d'énurésie nocturne, le contrôle nocturne de la vessie est décalé de 1 an et demi.

Ces études confirment donc bien le rôle prédominant des facteurs génétiques, prédominance encore renforcée par l'étude de jumeaux mono- et hétérozygotes. Le taux de concordance chez les jumeaux monozygotes est deux fois supérieur à ce qu'il est chez les

jumeaux hétérozygotes (respectivement 0,43 et 0,19) mais cette différence n'est significative que chez les garçons.

VI-1-1- Facteurs héréditaires :

Les facteurs génétiques sont reconnus comme déterminants, des lignées d'humains de sexe masculin sont en effet atteintes de ce syndrome. Lorsque les parents ont été énurétiques, 77 % de leurs enfants sont également affectés par ces troubles, contre seulement 44 % lorsqu'un seul des parents a été touché. Cette probabilité augmente, dans ce cas, chez les jumeaux homozygotes. Il est donc indispensable de réaliser l'interrogatoire conjoint des parents ce qui dédramatise la situation de culpabilisation de l'enfant.

VI-1-2- Facteurs éducatifs :

L'éducation mictionnelle, prodiguée par la mère, est certainement plus efficace sur les troubles diurnes que nocturnes. La propreté précoce, innée chez les mammifères supérieurs, est vraisemblablement liée à la myélinisation nerveuse mais demande une éducation maternelle. La reconnaissance du besoin mictionnel est sûrement le fait d'un conditionnement opérant. L'enfant doit en effet établir le lien entre la perception du besoin, la réponse maternelle positive lors de la miction réussie sur le pot, la réponse négative lors de fuites dans la culotte.

VI-1-3- Facteurs psychologiques :

L'alibi d'une cause psychologique est souvent un aveu d'impuissance. On ne peut tout de même pas nier l'origine psychologique évidente de certaines énurésies secondaires. Les facteurs psychologiques sont constants et pèsent sur la relation thérapeutique mais surtout sur la relation enfant-parent. L'énurétique est aussi affectueux et intelligent qu'un enfant propre, les tests psychologiques l'ont prouvé.

Il est en général passif devant son trouble, indifférent à la guérison, rejetant la responsabilité du trouble aux parents ou aux médicaments. Les examens neurologiques sont en règle générale normaux, mais le manque de maturation psychologique est constant.

Les drames familiaux (divorce, séparation, deuil, inceste, viol), les traumatismes émotionnels (angoisses scolaires, troubles de la personnalité) sont autant de facteurs déclenchant dans la genèse de l'énurésie. Ces causes psychologiques sont essentielles pour les pédopsychiatres qui expliquent l'énurésie comme la traduction d'une carence affective réelle ou imaginée ou d'une surprotection faisant de façon inconsciente régresser l'enfant au stade anal.

VI-1-4- Facteurs liés au sommeil :

La plupart des énurétiques ont un sommeil profond qui les empêche d'être réveillés par leur vessie. Cependant tous les enfants qui ont le sommeil profond ne sont pas énurétiques. Le Pr M. AVEROUS a démontré qu'il n'existe pas chez l'énurétique de perturbation de l'organisation du sommeil. La fuite urinaire survient surtout dans la première partie de la nuit pendant une période de sommeil paradoxal. Elle pourrait être relative à une augmentation du seuil d'éveil, qui varie au cours de la nuit, le sommeil étant plus léger en fin de nuit. Cela expliquerait pourquoi la fuite survient préférentiellement en début de nuit. Certaines méthodes thérapeutiques sont basées sur le réveil de l'enfant à des heures régulières ou par des alarmes qui ont l'inconvénient de réveiller l'enfant une fois la fuite survenue.

VI-1-5- Facteurs hormonaux :

L'hormone hypophysaire, la Vasopressine, contrôle la sécrétion urinaire durant la nuit. Le taux plasmatique de cette hormone augmente pendant le sommeil alors qu'il reste constant chez certains énurétiques. La relation entre diurèse et énurésie a été démontrée chez les enfants dont la diurèse ne diminue pas la nuit ce qui provoque une vidange involontaire par trop forte réplétion.

VI-1-6- Facteurs vésicaux :

L'immaturation vésicale comporte de façon constante une association à des troubles mictionnels diurnes (impériosités mictionnelles, urgences, pollakiurie confinant à l'incontinence). Pour ces troubles, plus fréquemment observés chez la petite fille, l'instabilité vésicale joue un rôle essentiel corroboré par l'efficacité objective des drogues anti cholinergiques. La relation entre l'énurésie et l'instabilité vésicale est avérée puisqu'une étude montre que 56 % des enfants ont des fuites jour et nuit, 36 % uniquement la nuit, 8 % le jour. Cette relation est flagrante mais il n'a été démontré aucun rapport physiopathologique entre énurésie et immaturité vésicale.

VI-1-7- facteur psycho-social :

Un événement de la vie peut induire ou révéler une énurésie, par exemple la séparation des parents, une hospitalisation, la naissance d'un puîné, un deuil difficile ou non exprimé, ... L'impact de ces événements semble d'autant plus grand qu'il survient lors de la période habituelle d'acquisition de la propreté (entre 24 et 42mois). Dans le cas d'une énurésie secondaire, le symptôme peut persister même à distance de l'événement déclenchant.

Il faut souligner que d'une manière générale, les enfants énurétiques n'ont aucun trouble du comportement et font partie de familles sans problème important. Parfois, l'énurésie peut être

une manière d'attirer l'attention sur quelque chose de difficile pour eux dans le fonctionnement du système familial. Quelle que soit la cause, l'énurésie dont souffre l'enfant peut induire de l'anxiété, un sentiment de culpabilité. La vie familiale peut également en être perturbée.

VI-2- Les facteurs physiopathologiques :

La physiopathologie de l'énurésie nocturne est relativement simple. Pendant la nuit, la vessie se remplit et nécessite d'être vidée. Le remplissage vésical dépend de deux phénomènes éventuellement intriqués : une production d'urine excessive (polyurie nocturne) et/ou une capacité vésicale fonctionnelle nocturne diminuée. Le résultat en est qu'une miction est imminente. La question cruciale est alors : l'enfant va-t-il se réveiller ? Si l'enfant se réveille, il ira aux toilettes et aura une miction nocturne socialement acceptable. S'il ne se réveille pas, il mouillera son lit.

La miction nocturne éveillée est plus fréquente que l'énurésie puisque chez des enfants âgés de 7 à 15 ans, 35,2% d'entre eux se lèvent la nuit pour uriner de façon occasionnelle, 3,6% au moins une fois par semaine et 4,1% chaque nuit.

Si on y ajoute les 5 à 10% d'enfants ayant une énurésie nocturne, la fréquence des mictions la nuit, endormi ou éveillée, survient chez environ 50% des enfants d'âge scolaire.

L'énurésie nocturne apparaît donc due à un retard dans la maturation des voies nerveuses contrôlant la production d'urine, la fonction nocturne de la vessie, et l'éveil vessie pleine. Cette maturation apparaît, comme nous l'avons déjà dit, guidée par des facteurs génétiques. Les différentes modalités thérapeutiques visent à agir sur ces trois éléments.

VI-2-1- Polyurie nocturne :

Une polyurie nocturne relative est retrouvée chez environ deux tiers des enfants ayant une énurésie nocturne mono symptomatique. La cause la plus fréquente de l'énurésie nocturne est donc une polyurie associée à une absence d'éveil. La polyurie nocturne justifie le traitement de l'énurésie par la desmopressine.

VI-2-2- Capacité vésicale fonctionnelle :

Différentes études ont montré que la capacité vésicale fonctionnelle des enfants énurétiques était identique aux témoins pendant la journée mais inférieure à ces mêmes témoins la nuit. D'autre part, des études cystomanométriques ont montré une hyperactivité vésicale nocturne, ces enfants ayant un fonctionnement vésical normal lorsqu'ils étaient

éveillés. Cette anomalie de la capacité vésicale fonctionnelle justifie le traitement de l'énurésie par les alarmes et/ou la rééducation. **(L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris- Saints).**

VI-3Autres causes

VI-3-1- Obstruction des voies aériennes supérieures :

Une obstruction des voies aériennes supérieures peut favoriser l'énurésie par l'intermédiaire probablement d'un sommeil perturbé.

VI-3-2- Constipation :

La constipation est fréquemment associée à une immaturité vésicale. Elle peut donc contribuer, par l'intermédiaire de contractions vésicales désinhibées, à favoriser l'énurésie.

VI-3-3- Diabète :

Le diabète, par la polyurie qu'il entraîne, est une cause d'énurésie secondaire.

VI-3-4- Syndrome d'hyperactivité :

Les enfants ayant un syndrome d'hyperactivité sont 2,7 fois plus souvent énurétiques que la population générale. Ce syndrome associé à l'énurésie constitue une des rares indications du traitement par antidépresseur tricyclique comme nous le reverrons.

VI-3-5- Abus sexuels :

Cette éventualité doit rester toujours présente à l'esprit du clinicien lors de son examen clinique. Certains troubles mictionnels sont en effet le symptôme révélateur de ces abus. . **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

VII/ Physiopathologie de l'énurésie

VII-1- Rappels anatomo-physiologiques

L'unité vésico-sphinctérienne est une entité originale et unique par ses particularités neuro-anatomiques. L'étage inférieur vésico-sphinctérien, les centres médullaires sacrés sont en effet capables d'une activité automatique végétative mais bénéficient du contrôle permanent des centres cortico-sous-corticaux supérieurs.

VII-2- Le détrusor :

Organe vésical capacitif, musculaire lisse, il se laisse distendre par inhibition permanente sous la dépendance du système nerveux sympathique (c'est la compliance vésicale qu'en français nous pourrions appeler "complaisance vésicale"). Ce réservoir est susceptible de se

contracter volontairement pour vidanger l'urine sous l'influence du système nerveux parasympathique. C'est un organe sensible aux variations de pression et de tension à cause des mécanorécepteurs intramusculaires mais aussi grâce aux influx afférents nociceptifs permettant une prise de conscience discriminative des besoins.

Il existe un équilibre entre les deux systèmes nerveux végétatifs, caractérisant un cycle continence-miction, avec une prédominance du système sympathique. Il y a en effet une disproportion temporelle entre la période de continence sympathique adrénergique d'environ 2 heures et la période mictionnelle parasympathique cholinergique durant en moyenne 30 secondes. Il y a également un équilibre entre les systèmes végétatifs et le système somatique volontaire avec une synergie vésico-sphinctérienne per mictionnelle.

VII-3- Les muscles périnéo-sphinctériens :

Muscles de la continence active et volontaire, ce sont des muscles striés à majorité de fibres I toniques (Slow twitch). Ils maintiennent un tonus permettant le soutènement des organes pelviens mais aussi permettent par leurs fibres II phasiques (Fast twitch) d'augmenter la contraction volontaire, d'arrêter le jet urinaire. La contraction de cette musculature volontaire génère également un réflexe périnéo-détrusorien (réflexe A3 de Mahony) qui inhibe volontairement le détrusor améliorant la continence active.

VII-4- Les nerfs vésicaux et les plexus juxta-vésicaux :

Ils conduisent les influx nerveux sensitifs et moteurs des centres médullaires à la vessie.

VII-5- Les centres médullaires sacrés :

Parasympathiques et somatiques, ils gèrent l'automatisme vésical et l'activité périnéo-sphinctérienne.

VII-6- Les centres médullaires thora colombariens :

Les centres médullaires thora colombariens, sympathiques, établissent les relais sensitifs et moteurs du système sympathique, système de la continence. Le système de contrôle est situé à l'étage supérieur et comporte:

VII-6-1- Les centres médullaires hauts et les centres sous-corticaux, véritable unité centrale du système avec de nombreux périphériques à vocation inhibitrice ou **facilitatrice**.

VII-6-2- Les centres corticaux, situés dans les aires frontales, gèrent l'activité sensitive et volontaire, "intelligente" de l'activité mictionnelle et de la continence. (**L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris- Saints**).

VIII/ Mécanismes de l'inhibition vésicale

VIII-1- L'acquisition de la propreté :

L'acquisition du contrôle mictionnel de l'enfant suit un processus d'évolution aboutissant au schéma mictionnel adulte. Cette évolution, parallèle au développement psychomoteur, va subir des étapes de durée variable, de la vessie fœtale jusqu'à la vessie inhibée de l'adulte. Ces étapes sont rythmées par des phénomènes de maturation physiologique comme: la myélinisation des neurones vésico-sphinctériens, l'adaptabilité du Détrusor au volume urinaire, l'acquisition des réflexes inhibiteurs due au développement du système de contrôle cortico-sous cortical et de la musculature périnéosphinctérienne, la synergie vésicosphinctérienne.

VIII-2- Etapes de l'ontogénèse du contrôle mictionnel :

Le contrôle volontaire vésico-sphinctérien n'est pas l'apanage de l'homme, l'animal est également capable d'acquérir la propreté "sociale", plus rapidement d'ailleurs que le petit enfant. Ce contrôle est conditionné par la corticalisation de l'activité continence-miction qui sera acquise du stade fœtal jusqu'à la petite enfance.

VIII-2-1- La vessie fœtale :

Elle commence à fonctionner vers le sixième mois de la vie infra-utérine. Cette activité rythmique consiste essentiellement à une vidange automatique comme celle que l'on peut observer dans les neuro-vessies congénitales. C'est une vessie "**autonome**" adrénérergique activée par les centres intramuraux de la paroi vésicale. Il existe déjà une coordination vésico-sphinctérienne réflexe vraisemblablement gérée par les plexus ganglionnaires périphériques.

VIII-2-2- La vessie du nouveau-né :

C'est la vessie du nouveau-né à terme, purement réflexe qui se vide automatiquement lorsqu'elle est pleine ou sous l'influence de stimuli extéroceptifs (toilette du périnée, changement de couche). Elle permet de stocker environ 50 ml d'urine et d'expulser périodiquement ce volume. C'est une vessie "**automatique**". Le nouveau-né ne perçoit pas le besoin d'uriner et reste incapable d'initialiser une miction volontaire, ou d'arrêter le jet urinaire. Cet automatisme est géré par l'activité des centres médullaires sacrés : centre vésico-moteur principal de Budge et centres infra et juxta-vésicaux.

La synergie vésico-sphinctérienne est excellente, la vidange vésicale complète, le jet faible est toutefois continu. Cette miction "vésicale" n'est pas sous l'influence volontaire des

centres supérieurs, mais le réflexe mictionnel est intégré dans le tronc cérébral vers l'âge de 4 ans.

VIII-2-3- La vessie infantile :

Vers 12 à 18 mois, l'enfant va commencer à percevoir la réplétion vésicale et l'imminence du besoin mictionnel mais aussi découvrir la propension à retenir l'urine par contraction de son système résistif sphinctérien volontaire. C'est une vessie immature, "**partiellement inhibée**". Cette évolution va progressivement lui permettre de contrôler la survenue de contractions vésicales désinhibées: les accidents diurnes vont devenir moins fréquents, la vigilance peut encore être parfois trompée par le rire ou le jeu.

C'est la période des "culottes mouillées", l'enfant cherchant souvent désespérément à se retenir adoptant à l'occasion des postures favorisantes : membres inférieurs serrés ou accroupi comprimant l'urètre avec le talon. Il va se précipiter vers les toilettes lors de son activité ludique à cause de l'impériosité résultant de son immaturité vésicale ou de la faible capacité fonctionnelle de sa vessie.

Le jet urinaire est fort, parfois explosif. Une étude allemande montre que sur un échantillon de 63 enfants énurétiques dont l'âge n'est pas précisé, 84 % d'entre eux présentent au cystogramme une diminution significative de la compliance vésicale.

La capacité vésicale fonctionnelle va doubler de volume entre 2 et 5 ans et l'hyper-réflexivité s'atténue. L'enfant devient alors propre jour et nuit malgré des "accidents" qui deviennent de moins en moins fréquents. Il peut alors contrôler socialement son activité mictionnelle pour le plus grand plaisir de sa mère.

VIII-2-4- La vessie adulte :

L'homme adulte sous l'influence inhibitrice des centres cérébraux corticaux et sous-corticaux maîtrise parfaitement son activité vésicale, adoptant un rythme mictionnel propre à chacun. C'est la vessie mature "**inhibée**". La miction volontaire et raisonnable s'effectue avec une excellente synergie vésico-sphinctérienne et la vidange est complète. Le jet urinaire est de bonne qualité, peut être modifié et arrêté à la demande. (**L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris-Saints**).

X/ Évaluation d'un enfant énurétique

L'identification d'une énurésie mono symptomatique repose essentiellement sur l'interrogatoire.

X-1- Interrogatoire :

L'interrogatoire doit s'attacher à connaître les modalités d'acquisition de la propreté tant pour l'enfant que pour les membres de sa famille. Ceci permet de préciser si le trouble est primitif ou secondaire et dans ce cas quels sont les facteurs ayant pu favoriser la réapparition de l'énurésie (naissance d'un autre enfant, séparation). Il importe de faire préciser les conditions exactes des fuites nocturnes : heure de survenue, port de couches, quantité de boisson absorbée au repas du soir. Le symptôme énurésie doit être précisé dans son ancienneté, son rythme ainsi que son vécu par l'enfant et sa famille. Il faut évaluer la qualité du sommeil, rechercher une éventuelle rétention stercorale et apprécier le retentissement psychosocial de cette énurésie (agressivité des parents vis-à-vis de l'enfant, enfant renfermé).

L'interrogatoire doit également s'attacher à rechercher des troubles mictionnels diurnes souvent négligés par les parents. Il faut donc que l'interrogatoire soit orienté, recherchant des mictions impérieuses, des fuites mictionnelles, des infections urinaires.

L'interrogatoire doit également faire préciser aux parents si différents traitements ont déjà été essayés (modalité, durée).

X-2- Examen clinique :

L'examen va s'attacher à rechercher une anomalie des organes génitaux externes ou de la région sacrée (agénésie sacrée partielle, fossette sacro coccygienne prononcée). L'examen de l'abdomen recherche une rétention stercorale et un globe vésical. Un examen neurologique simple consiste à examiner les membres inférieurs et les pieds, à rechercher les réflexes ostéotendineux et les réflexes périnéaux permettant d'éliminer une pathologie neurologique. On apprécie le retentissement éventuel des fuites (irritations périnéales).

La normalité de l'examen clinique et l'absence de troubles mictionnels diurnes permettent de retenir le diagnostic d'énurésie mono symptomatique. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

Dans ce contexte, faut-il réaliser des examens complémentaires ? (**L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris- Saints**).

IX-3- Examens complémentaires :

Les examens complémentaires d'un enfant énurétique doivent le plus souvent possible être réduits à leur minimum. Il est toutefois nécessaire d'établir un diagnostic différentiel pour éviter d'ignorer une malformation congénitale ou une pathologie acquise.

IX-3-1- Les explorations urodynamiques (EUD) :

Une anamnèse complète est nécessaire à la compréhension de l'énurésie et devra précéder toute exploration urodynamique. Bien que peu invasive, cette exploration nécessite soit un sondage urétral soit la pose extemporanée ou différée d'un cathéter sous-pubien. Un consensus a été depuis longtemps adopté pour ne plus explorer les enfants avant l'âge de 10 ans. C'est en effet un âge limite en dessous duquel il est hasardeux et inutile de réaliser cette exploration. Rappelons que la gêne causée par l'énurésie est la plupart du temps moins bien ressentie par la mère que par l'enfant lui-même.

Les renseignements diagnostiques produits ne justifient pas les effets secondaires éventuels (fausse route, infection, traumatisme psychologique). Bien entendu les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et radiologique, rendront dans un nombre limité de cas cet examen nécessaire avant l'âge de 10 ans, notamment dans la recherche de troubles neurologiques.

IX-3-1-1- La débitmètrie : est l'étude de la miction et de sa traduction physique, le jet urinaire. Le jeune patient se présente avec le besoin d'uriner, dans de bonnes conditions d'intimité, devant un siège d'aisance qui va mesurer outre le volume de sa miction, la durée du jet et le débit mictionnel. Ces différents paramètres permettront d'évaluer une éventuelle dysurie. Cet examen sans effets secondaires sera suivi, après anesthésie locale, d'un sondage évacuateur à la recherche d'un éventuel résidu post mictionnel.

Après la pose du cathéter de mesure, la **cystomanométrie** reste la séquence la plus importante de l'exploration urodynamique.

La vessie est instillée doucement avec de l'eau stérile à température ambiante. La mesure concomitante des pressions vésicales et urétrales va témoigner du comportement de la vessie et de l'urètre. Durant ce remplissage vésical, les besoins vont être perçus à des volumes variables, l'activité vésicale est observée et les éventuelles contractions désinhibées objectivées. Des tests pro- vocatifs sont réalisés à la recherche d'une hyper réflectivité motrice

ou sensorielle. Cet examen permet donc d'étudier l'activité, la sensibilité, la réflexivité vésicales mais aussi de calculer la compliance.

Si l'activité vésicale le permet, à vessie pleine, une miction est demandée sur table de façon à observer la synergie vésico-sphinctérienne par le **stop-test**.

L'exploration peut être terminée par un **profil urétral** qui mettra en évidence les paramètres urétraux dont la pression de clôture urétrale et renseignera sur un éventuel obstacle à l'évacuation des urines.

IX-3-1-2- L'électromyographie : périnéosphinctérienne contact ou à l'aiguille reste seulement indiquée devant une suspicion d'atteinte neurologique.

IX-3-2- Les explorations radiologiques

IX-3-2-1- L'urographie intraveineuse (UIV) :

Malgré l'amélioration des performances des techniques ultrasoniques, l'urographie intraveineuse demeure l'examen essentiel et irremplaçable en urologie. La numérisation des images radiographiques permet une meilleure qualité d'image et une diminution de l'irradiation de l'enfant. De manière générale, l'UIV apporte des renseignements sur le siège et la nature d'une éventuelle pathologie urologique et de son retentissement sur le haut et le bas appareil urinaire. La technique consiste à injecter un produit de contraste iodé de façon rapide (moins de 30 s) afin de réaliser un cliché précoce appelé néphrographie. Pour obtenir des clichés de bonne qualité, il est indispensable d'avoir une bonne concentration du produit de contraste et de dépasser les doses classiques, si la tolérance le permet. Un protège gonades est mis en place.

Un minimum de clichés sera alors effectué pour étudier le haut appareil à la recherche d'un syndrome obstructif ou d'une malformation néphro-urétérale. Le bas appareil peut être étudié par des clichés per mictionnels après s'être assuré d'une bonne vidange avant l'examen. Les clichés per-mictionnels seront effectués de 3/4 oblique, afin de dégager le col vésical, sur des grands formats afin de rechercher un reflux vésico-urétéral. Après la miction, le cliché post mictionnel appréciera l'existence et le volume d'un éventuel résidu post mictionnel.

Toutefois, malgré la rigueur de cette technique irréprochable, il arrive que l'examen soit insuffisant, souvent à cause du défaut de concentration du produit iodé ou des difficultés d'obtenir des clichés post mictionnels. Il sera alors utile de réaliser une urétrocystographie rétrograde.

IX-3-2-2 L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle :

Cette technique consiste à opacifier l'urètre et la vessie par voie de sondage rétrograde après l'avoir vidée complètement.

Elle nécessite donc un sondage urétral qui reste difficile et parfois périlleux. Certains déconseillent ce geste parfois lourd de conséquences chez l'enfant et proposeront pour ce faire la pose sous anesthésie d'un cathéter sous-pubien (c'est-à-dire introduction d'une sonde dans la vessie par voie transe abdominale). L'opacification de l'urètre chez la petite fille est rendue difficile du fait de sa faible longueur. On est donc parfois amené à poser un cathéter de Foley pédiatrique de façon à éviter les fuites au méat. Le volume instillé dans la vessie sera adapté à l'âge de l'enfant de façon à éviter une contraction anarchique de la vessie lors du remplissage. Cette étude stato-morphologique permet d'apprécier les qualités pariétales de la vessie, de démasquer une éventuelle vessie crénelée témoin d'une lutte vésicale. La vessie de lutte est épaissie, trabéculée avec des colonnes et des cellules. Une dislocation de la musculature vésicale suivie d'une sclérose musculaire de la jonction va permettre au reflux vésico-urétéral de survenir. L'utilité de cet examen radiologique réside surtout dans l'appréciation des reflux permanents ou intermittents. Le reflux vésico-urétéral sera dit passif lorsque le produit de contraste dessine un ou deux uretères à l'instillation. Ceci confirme la mauvaise qualité de résistance des méats urétéraux. Le reflux actif sera observé sur les clichés per mictionnels avec remontée du produit de contraste lors de la contraction vésicale mictionnelle. Il témoigne d'une malformation de l'abouchement des uretères dans la vessie.

A elle seule cette pathologie peut expliquer l'étiologie de l'énurésie qui survient à cause de l'effet irritatif du reflux. Le reflux peut être accompagné d'infection rétrograde aboutissant souvent à un tableau de pyélonéphrite qu'il est urgent de traiter. Devant l'objectivation du reflux et sa sévérité et l'itération des infections urinaires, un geste chirurgical peut alors être proposé.

L'énurésie est alors habituellement guérie par le geste correcteur. Enfin la phase mictionnelle de l'exploration va permettre l'objectivation d'une éventuelle valve cervicourétrale expliquant une dysurie et une vessie de lutte.

IX-3-2-3- L'échotomographie :

Examen de routine, peu invasif et moins impressionnant pour l'enfant que les techniques radiographiques, il sera proposé d'emblée devant toute suspicion de pathologie vésicale. Il sera toutefois moins complet et ne permettra pas d'étude dynamique per-mictionnelle. L'évaluation d'un résidu post mictionnel est aisée et n'oblige pas au sondage évacuateur toujours préjudiciable chez l'enfant. Les reflux ne peuvent que rarement être observés par

cette méthode. Il s'agit donc plus du bilan minimum de dépistage ou d'un complément de la radiologie

IX-3-3- Les examens de laboratoire

IX-3-3-1- L'examen cyto bactériologique des urines :

Il doit être systématiquement demandé devant une énurésie associée à des troubles mictionnels, des épisodes fébriles inexpliqués.

Le recueil de quelques millilitres d'urine du matin, sans sondage, permet l'étude bactériologique et la mise en évidence d'une pyurie ou d'une hématurie. Lors que des germes sont décelés, ils seront cultivés sur milieux nutritifs de façon à les identifier et effectuer un antibiogramme. Cette recherche de la sensibilité du germe incriminé à une substance antibiotique permettra la prescription d'un traitement rapidement efficace de façon à éviter les résistances bactériennes.

L'infection urinaire chez l'énurétique s'explique par des mécanismes complexes urodynamiques. L'instabilité vésicale augmente sensiblement les pressions intra vésicales et pourrait être responsable d'une ischémie de la muqueuse vésicale diminuant les défenses infectieuses. L'hyperpression vésicale favoriserait donc l'infection urinaire rétrograde. Cette instabilité serait également génératrice de turbulences urétrales du flux urinaire secondaire à l'hypertonie sphinctérienne résultante. Enfin, comme précédemment cité, le reflux vésico-urétéral est objectivement coupable de provoquer des infections vésico-rénales.

X/ Traitement

Nous étudions tout d'abord les différentes modalités thérapeutiques à notre disposition avant de voir les indications thérapeutiques et en particulier de préciser les enfants qui justifient d'un traitement.

X-1- Traitements pharmacologiques

X-1-1- Les médicaments :

Les traitements médicamenteux vont avoir plusieurs objectifs et devront être soigneusement choisis en pertinence avec l'interrogatoire et l'examen clinique.

X-1-1-1- Desmopressine :

La desmopressine est un traitement logique chez les enfants présentant une polyurie nocturne. C'est un analogue structural synthétique de l'hormone antidiurétique (ADH)

naturelle, la vasopressine. Le produit peut être administré par spray nasal (une pulvérisation dans chaque narine avant le coucher) ou par comprimés (0,2 à 0,4 mg/j), plus indiqués chez les enfants ayant des rhinites. Une étude multicentrique prospective suédoise réalisée chez 393 enfants a montré que pour les enfants qui ont une réponse initiale de plus de 50% de réduction des nuits mouillées, la guérison à long terme est obtenue dans 31% des cas. Les facteurs prédictifs de réponse à la desmopressine sont un nombre de nuits mouillées limité (moins de trois par semaine), un seul événement d'énurésie par nuit et un âge supérieur à 8 ans. L'énurésie héréditaire n'est pas un facteur pronostique prédictif.

Les effets secondaires modérés ne sont pas exceptionnels : 7,1 %. [8] Ces effets secondaires sont généralement mineurs (maux de tête, douleurs abdominales, irritations nasales ou saignement lors de l'utilisation du spray). Les complications graves (rétention d'eau avec hyponatrémie et convulsions) sont rares.

Ces complications doivent être évitées en demandant à l'enfant de ne pas boire d'eau dans les 2 heures précédant la prise de desmopressine.

X-1-1-2- Anti cholinergiques :

Les antis cholinergiques (oxybutynine, toltérodine) ne sont pas un traitement logique de l'énurésie mono symptomatique puisque, théoriquement, il n'existe pas de contractions vésicales désinhibées. Ce traitement n'est pas utilisé seul dans le traitement de l'énurésie mais en association avec les alarmes et/ou la desmopressine.

X-1-1-3- Antidépresseurs tricycliques :

L'imipramine est un traitement qui reste utilisé dans l'énurésie. C'est sur la faculté de modifier l'organisation du sommeil que reposait son indication. En réalité, son mode d'action reste imparfaitement connu. Ce traitement a une efficacité limitée : 36% pendant le traitement, 16% après l'arrêt du traitement.

Ce traitement ne doit donc pas être considéré comme un traitement de l'énurésie vu ses résultats médiocres mais surtout vu ses effets secondaires fréquents (modification de l'humeur, céphalées) et surtout ses risques létaux du fait d'une toxicité cardiaque et hépatique en cas de surdosage accidentel.

X-1-2- Lutter contre l'hyperactivité vésicale : Les antis cholinergiques.

Le chlorure d'oxybutinine est très utilisé dans les immaturités vésicales confirmées par l'exploration urodynamique. Cette molécule, très efficace, a pour propriété de bloquer spectaculairement la contraction vésicale et de supprimer les contractions vésicales désinhibées. La demi-vie courte du produit nécessite une prise fractionnée adaptée sans effet secondaire notable chez l'enfant. La brève durée d'action de la molécule (4 h) ne peut toutefois

couvrir une nuit entière de sommeil. Les résultats sont constants sur les troubles diurnes, plus inconstants sur les troubles nocturnes. La posologie est habituellement de 3 comprimés par jour en trois prises, mais il est utile de débiter le traitement par des doses progressives et il peut être poursuivi sur une longue durée.

X-1-3- Lutter contre l'hyper diurèse nocturne : l'hormone antidiurétique.

Indiquée essentiellement dans les énurésies nocturnes isolées, la Desmopressine ou DDAVP est utilisée pour réduire l'excrétion urinaire nocturne. Cette substance est un analogue de l'hormone antidiurétique hypophysaire naturelle, la Vasopressine. L'enfant va pulvériser, au coucher et après la dernière miction du soir, par un spray per nasal, une dose de 10 mg qu'il peut répéter jusqu'à 4 pulvérisations. L'action de l'hormone est prolongée de 7 à 12 heures et une seule prise quotidienne le soir est nécessaire. Le traitement dure trois mois au maximum.

X-1-4- Lutter contre l'hypersomnie : les antidépresseurs.

La clomipramine et l'imipramine sont employés pour les énurésies secondaires sans objectivation urodynamique de l'instabilité vésicale. Leur mécanisme d'action est complexe car ils modifient le sommeil, le rendant plus léger et sont anti cholinergiques.

La sensibilité est très variable d'un enfant à l'autre et nécessite d'adapter la posologie, d'autant plus qu'il est noté des effets secondaires indésirables nécessitant parfois l'arrêt du traitement (anxiété, insomnie, modification de la personnalité, complications cardiaques en cas de surdosage). Aussi la posologie reste aléatoire et les doses efficaces variables. Il est primordial d'obtenir l'adhésion de l'enfant à tout traitement pharmacologique et de tenir compte d'un constant et important effet placebo quelle que soit la drogue choisie. Enfin ce traitement médical sera en règle générale associé à la rééducation vésicale et aux techniques comportementales. **(L'énurésie bilans et rééducation ; Jean Pierre DENTZ ; Cadre de santé Kinésithérapeute ; Clinique de l'Estrée – Paris- Saints).**

X-2- Traitement kinesitherapique

X-2-1- Place et particularités de la kinésithérapie appliquée à l'énurésie :

Trop longtemps considérée comme une "thérapie occupationnelle", la kinésithérapie a largement démontré son efficacité dans le traitement de l'énurésie. Outre les bases scientifiques reconnues de l'électrostimulation périnévésicale, l'approche psychologique de l'enfant mais plus encore la motivation donnée par un thérapeute bien formé, en font une thérapie indispensable à l'amélioration de la maturité vésicale. L'amélioration de la fréquence

de l'énurésie passe obligatoirement par la volonté de l'enfant de prendre en charge son problème. Même s'il est vraisemblable que la kinésithérapie n'accélère pas la myélinisation des voies nerveuses vésicales, il reste toutefois certain qu'elle modifie les comportements et l'éducation de l'inhibition.

Les réveils nocturnes, les alarmes et la restriction liquidienne sont plus épuisants pour l'enfant qu'objectivement efficaces.

La rééducation va favoriser la responsabilisation de l'enfant, le valoriser et le faire passer psychologiquement dans le monde des grands.

Elle va faire appel à des techniques simples ou plus complexes qui ont toutes pour objet de faciliter l'apprentissage des mécanismes inhibiteurs volontaires de la vessie. Cette acquisition deviendra ensuite un véritable réflexe conditionné.

X-2-2- L'électrostimulation :

Les techniques rééducatives sont initialement basées sur l'utilisation des propriétés inhibitrices de l'électrostimulation.

Les expérimentateurs slovènes et suédois ont démontré scientifiquement que l'application de courants alternatifs bi phasiques de basse fréquence activaient de façon réflexe l'inhibition du muscle Détrusor. C'est le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur (A3 de Mahony) qui est activé par cette électrostimulation des territoires honteux. L'adaptation de cette réflexothérapie périnéale à l'enfant a permis d'envisager de traiter les troubles du comportement vésical chez l'énurétique. L'acceptation du traitement par l'enfant doit passer par une explication honnête de la méthode et l'utilisation du jeu pour sa mise en oeuvre. Il est déconseillé d'appliquer cette électrostimulation en endo-cavitaire, la voie anale est toutefois possible chez le grand enfant. Pour ce faire, on peut utiliser un porte-électrode anal ou diabolo, qui est introduit après lubrification par l'enfant lui-même.

Chez le jeune enfant ou chez la petite fille, cette intromission peut être équivoque et ressentie comme une agression. L'utilisation périnéale d'électrodes cutanées autocollantes est aisée. L'absence de pilosité périnéale rend la pose plus facile, il est toutefois parfois utile de sécher la peau périnéale avec une compresse. En cas de difficultés d'acceptation de la stimulation périnéale, on peut au pis -aller envisager une stimulation abdomino-sacrée avec des électrodes cutanées de surface rectangulaires.

L'intensité de la stimulation sera très progressivement augmentée audessus du seuil de sensibilité et devra toujours rester infra douloureuse. Il est également indispensable que l'enfant, sous prétexte d'un jeu, pilote lui-même le stimulateur et adapte ainsi l'intensité à sa propre perception de sensibilité. Il est classique de considérer que cette électrostimulation

de durée au minimum une quinzaine de minutes, mais cette durée doit être adaptée à l'attention de l'enfant. Les fréquences du courant, théoriquement situées entre 10 et 20 Hz, peuvent varier selon l'acceptabilité du traitement en sachant qu'une augmentation de fréquence diminue la sensation de passage du courant.

X-2-3- Le biofeedback ou bio rétroaction

De nombreuses équipes anglaises et anglo-saxonnes, peu rompues à l'utilisation de l'électrostimulation, ont envisagé l'adaptation du biofeedback aux troubles de l'inhibition vésicale.

X-2-3-1- Le biofeedback vésical : repose sur la visualisation de l'activité manométrique vésicale sur un graphique ou un écran vidéo. Le rétrocontrôle volontaire impose de modifier l'activité vésicale par mécanisme réflexe généré par la contraction péri néo-sphinctérienne. C'est l'apprentissage du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur ou A3 de Mahony. Il oblige à mesurer les pressions intravésicales et urétrales et à effectuer un sondage uréthro-vésical. Ceci n'est donc pas concevable, en routine, chez l'enfant énurétique. Non utilisable dans le cabinet libéral des kinésithérapeutes il est essentiellement utilisé en milieu hospitalier chez les adultes.

X-2-3-2- Le biofeedback périnéal : ou péri néo-sphinctérien : des électrodes électromyographiques contact ou de surface recueillent l'activité électrique des muscles périnéaux et après amplification traduisent visuellement et auditivement ces paramètres. Cette technique a pour intérêt de faire prendre conscience à l'enfant de l'état de contraction et relâchement de sa musculature périnéale.

En cas d'énurésie par contractions vésicales désinhibées, cette méthode permet d'augmenter l'inhibition volontaire et de réaliser un réflexe conditionné. En cas de dyssynergie vésico-sphinctérienne la prise de conscience de l'activité contractile périnéale pourra être diminuée pour favoriser une vidange vésicale complète. Ce conditionnement opérant est requis dans la rééducation de l'encoprésie et de la constipation souvent associées à l'énurésie.

(La prise en charge d'énurésie nocturne primaire, comité de la pédiatrie communautaire, société canadienne de pédiatrie Paediatrics & Child Health

X-3- Traitement comportemental

Le traitement kinésithérapique instrumental doit toujours être associé à des techniques comportementales. La relation enfant-thérapeute se doit d'être très étroite afin de motiver au maximum l'énurétique et nécessite un bon développement psychomoteur. Le kinésithérapeute se doit de dédramatiser la symptomatologie et de lutter contre la culpabilisation des enfants et

des parents. Cette dédramatisation passe par une phase de communication avec explications succinctes mais réalistes sur l'étiologie de l'énurésie. La suppression des garnitures et des couches va favoriser l'acquisition de la propreté après décision commune familiale.

X-3-1- Le calendrier mictionnel :

Dérivé de la méthode de FREWEN et très utilisé en Grande-Bretagne le calendrier mictionnel consiste, pour l'énurétique, à noter les éventuels accidents diurnes et nocturnes pendant 4 semaines. Il a pour intérêt d'impliquer l'enfant dans son propre traitement, de l'autonomiser. L'enfant doit prendre en charge seul ce calendrier qui doit être simple et pratique. Il est utile d'y noter également la fréquence des selles. Des pictogrammes, comme un soleil lorsque la nuit a été sèche ou une averse lorsqu'une miction au lit a eu lieu, donneront une dimension ludique supplémentaire. L'analyse statistique avec l'enfant de ce calendrier permet d'améliorer la relation enfant-thérapeute qui reste acteur et interlocuteur de son traitement. Elle traduit aussi le rythme mictionnel et l'évolution des troubles.

X-3-2- La relaxation et la sophrologie :

Ces techniques peuvent exceptionnellement être indiquées en cas d'énurésie accompagnée d'anxiété et de troubles du comportement. Elles induisent une détente corporelle générale et favoriseront parfois l'attention de l'enfant aux autres techniques associées. Elles améliorent toujours la prise de conscience du schéma corporel. **(la prise en charge d'énurésie nocturne primaire, comité de la pédiatrie communautaire, société canadienne de pédiatrie Paediatrics & Child Health**

X-3-3- Alarme :

Il s'agit d'une méthode dite de conditionnement qui utilise la conduction électrique de l'urine. Sur le lit (alèse) ou dans le pyjama de l'enfant (capteur d'humidité sous forme de mini serviette en coton ou en feutre) est intégré un circuit électrique que les premières gouttes d'urine vont mettre en marche, faisant sonner une alarme. L'enfant doit alors couper celle-ci, terminer sa miction aux toilettes et réinstaller l'appareil pour le restant de la nuit. C'est par un phénomène d'anticipation et de prise de conscience du besoin que ce système se révèle efficace. Il faut de 2 à 8 semaines pour qu'un résultat soit obtenu et de 2 à 4 mois de plus pour renforcer ce résultat et prévenir les rechutes. Il existe plusieurs systèmes en France, utilisant de préférence les capteurs d'humidité dans les sous-vêtements. Pipi Stop est le plus connu.

Les alarmes constituent le traitement le plus efficace de l'énurésie mono symptomatique avec un taux d'efficacité comparable à la desmopressine pendant le traitement mais nettement supérieur une fois le traitement arrêté (Tableau 1). Le taux de sécheresse 6 mois après l'arrêt du traitement est de 56% avec les alarmes alors qu'il n'est plus que de 10 % après arrêt de la

desmopressine. Les alarmes permettent d'obtenir une augmentation de la capacité vésicale fonctionnelle dont on sait qu'elle est un des facteurs étiologiques de l'énurésie. Cette augmentation se fait progressivement dans le temps, conduisant à proposer un traitement par alarme d'au moins 3mois. Cette méthode thérapeutique est souvent prescrite aux États-Unis et en Europe du Nord mais reste peu prescrite en France du fait de son absence de prise en charge par la Sécurité sociale, de ses résultats qui ne sont pas immédiats et de la nécessité d'une forte motivation de la famille. La raison essentielle d'échec des alarmes est le non-réveil de l'enfant, confirmant ainsi que le trouble du réveil est un facteur essentiel de l'énurésie. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

X-3-4- Les conseils hygiéno-diététiques

Le kinésithérapeute aura soin de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques et psychologiques pour responsabiliser l'enfant. La restriction liquidienne le soir est indispensable. En effet, de nombreux énurétiques sont des potomamaques vespéraux qui ingurgitent des quantités importantes de boissons sucrées avant le coucher. Il semble raisonnable d'interdire l'ingestion liquidienne après le repas du soir. Les réveils nocturnes aléatoires ne doivent pas être ressentis comme une sanction et il est souhaitable que l'enfant s'impose seul une discipline de réveils alternés. Cela témoignera de sa volonté de guérir et de la prise en charge de son immaturité. Sa responsabilisation pouvant aller jusqu'à la prise en charge de sa literie le guidera vers l'automatisation et la gestion de son trouble. En dehors de la prise en charge du calendrier mictionnel, l'enfant devra réaliser des exercices à la maison. Ces exercices consistent essentiellement en un fractionnement des mictions et des exercices volontaires de retenue pendant quelques dizaines de secondes. Cette gymnastique quotidienne a pour intérêt de rééduquer les réflexes inhibiteurs et est proposée dans les immaturités vésicales sans pathologie cervico-urétrale ni infectieuse. Le kinésithérapeute se situe comme évaluateur en valorisant l'enfant en cas de progrès et en dédramatisant la situation d'échec en cas de persistance des fuites.

Ces différentes techniques comportementales nécessitent une qualité du rapport thérapeute-patient en s'adaptant à l'enfant, en intégrant un aspect ludique à sa rééducation, en permettant une maturation sociale accompagnant habituellement la maturation neuropsychologique. **(la prise en charge d'énurésie nocturne primaire, comité de la pédiatrie communautaire, société canadienne de pédiatrie Paediatrics & Child Health 2005 ;10(10) p :616_620)**

X-4- Autres méthodes de traitements**X-4-1- Rééducation :**

Une prise en charge rééducative dans des centres spécialisés pendant une période prolongée semble être le traitement le plus efficace à long terme. Ce traitement repose sur l'utilisation d'une alarme et la venue une fois par semaine dans un centre spécialisé. Ces résultats montrent bien le rôle de l'éducation thérapeutique et du soutien au long cours de ces enfants et de leur famille. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

X-4-2- Traitements associés :

L'association alarmes-desmopressine peut être utilisée, l'effet rapide de la desmopressine permettant aux parents d'accepter les résultats initiaux décevants de l'alarme. Cette efficacité à court terme est confirmée mais à long terme, les résultats ne sont pas différents de ceux des alarmes seules. **(Le manuel du généraliste pédiatrie ; tiré des AKOS traité de pédiatrie).**

X-4-3-1- Exercices de Kegel :

C'est une pratique standard qui permet aux adultes incontinents (femmes et hommes) de mieux contrôler leur vessie. Si l'enfant a la maturité voulue pour en comprendre l'utilité et pour appliquer les instructions données, cela vaut certainement la peine d'en faire l'essai. Cette technique vise à renforcer les muscles du plancher pelvien, c'est-à-dire ce groupe de muscles impliqués dans le contrôle de la miction. À noter que lors d'un récent essai clinique auquel participaient des enfants de cinq à dix ans, des chercheurs ont observé une amélioration significative du contrôle urinaire en combinant les exercices de Kegel avec la technique du biofeedback assisté par jeu informatique.

X-4-3-2- Comment pratiquer les exercices de Kegel :

Dans leur forme lente :

- Contracter dix à vingt fois les muscles de la région pelvienne et maintenir la contraction pendant dix secondes. Ne pas contracter les muscles de l'abdomen, des fesses et des cuisses.
- Respirer calmement.
- Relâcher la contraction pendant dix secondes puis recommencer.
- À pratiquer trois à cinq fois par jour.

Dans leur forme rapide : contracter et relaxer les muscles du plancher pelvien le plus vite possible. **(la prise en charge d'énurésie nocturne primaire, comité de la pédiatrie communautaire, société canadienne de pédiatrie Paediatrics & Child Heath 2005 ;10(10) p :616_620)**

Conclusion

L'énurésie est fréquente, mal tolérée par un nombre important d'enfants et/ou de familles. Ces enfants et ces familles doivent être écoutés et aidés dans la prise en charge de ce symptôme. Ceci peut conduire à des traitements reposant sur les alarmes et/ou la desmopressine. L'efficacité de ces traitements est limitée avec des rechutes fréquentes à l'arrêt du traitement. Ceci souligne l'importance de l'éducation thérapeutique permettant l'accompagnement de ces enfants et de ces familles.

Préambule :

Le trouble de l'énurésie apparaît dans la très grande majorité des cas, au début de l'enfance et disparaît à l'adolescence c'est-à-dire la période, ou justement, l'enfant va le plus se développer et se construire, que se soit physiquement ou intellectuellement. Sachant que se développement intellectuel s'effectue en grande partie à l'école. Il nous paraît nécessaire que l'enfant ait un bon suivi scolaire avec un enseignant connaissant ces troubles ainsi que connaissant quelques moyens de remédier à ceux-ci, afin que l'enfant entraîne une bonne intégration dans la classe.

I/ les étapes du développement :

Certains auteurs comme **J. PIAGET**, **S. FREUD** et **A.FREUD** décrivent le développement de l'enfant par stades successifs, ordonnés de manière immuable et nécessaire. En effet, le développement est logique et progressif c'est-à-dire une étape doit être franchie pour qu'un nouveau niveau psychomoteur, cognitif ou affectif soit atteint.

I-1/ Les stades du développement psychoaffectif :

Sigmund Freud distingue quatre principales périodes :

1- La période préœdipienne :**1-1- Stade oral :**

Premier stade de l'évolution libidinale qui se situe pendant la première année de la vie ; la vie affective du bébé est organisée autour de la fonction alimentaire. Pour Freud l'alimentation a deux fonctions : nutritionnelle et libidinale. L'une des manifestations les plus évidentes de la composante purement libidinale du stade oral s'exprime dans la succion du pouce de l'enfant, en dehors des tétées. La satisfaction dérive d'une activité qui est originellement rattachée à la prise de nourriture, mais s'en détache assez rapidement pour devenir la recherche d'un plaisir indépendant de la fonction alimentaire. (Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p 72).

1-2- Stade anal :

Deuxième stade libidinale qui se situe entre la deuxième et troisième année. Ce stade commence avec le début du contrôle sphinctérien alors, la zone érogène devient la région anale, avec le plaisir de la défécation et rétention volontaire. **(Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p 73).**

Donc, ce stade se refaire à toutes les conduites autour du pot : se mettre sur le pot, satisfaire aux injonctions parentales, être propre ou sale, donner ou retenir... Ce stade a été appelé « sadique-anal » pour en marquer la composante relationnelle ; la relation à l'objet est marquée par les significations liées à la fonction de défécation. Le lien qui structure la relation à l'objet porte ainsi la marque de l'ambivalence : d'une part, l'enfant peut essayer de garder l'objet pour lui-même, de se l'approprier, le retenir ; ou au contraire, il peut refuser cet objet en le rejetant, en l'expulsant. **(Castarède. M-F, (2003), p 67).**

2- La période œdipienne :**2-1- Stade phallique :**

Le troisième stade de l'évolution libidinale, qui se situe entre la troisième et la cinquième année de la vie et qui se caractérise par la reconnaissance des différences sexuelles. C'est le stade de l'organisation génitale infantile.

Selon Freud, cette reconnaissance s'organise sous le primat du phallus : posséder un phallus ou être châtré. La curiosité sexuelle est éveillée et d'après Freud, l'enfant, garçon ou fille, ne connaît ou ne valorise que l'organe mâle. Ce stade va déterminer le *complexe d'Edipe* chez le garçon et chez la fille. En effet, il est en rapport avec le désir incestueux et la rivalité avec le parent de même sexe. **(Castarède. M-F, (2003), p 68).**

2-2- Stade œdipien :

Le *complexe de castration* est la cause de l'engagement de l'Edipe chez la fille, alors que *l'angoisse de castration* est la conséquence de l'engagement de l'œdipe chez le garçon. On distingue l'Edipe direct ou positif de l'Edipe inversé ou négatif. Sous sa forme positive, le complexe d'Edipe se présente comme l'ensemble des désirs amoureux pour le parent du sexe opposé et des désirs hostiles pour le parent de même sexe. Sous sa forme négative, le complexe d'Edipe se présente comme l'ensemble des désirs amoureux pour le parent de même sexe et des désirs hostiles pour le parent de sexe opposé. Le déclin du complexe d'Edipe marque l'entrée dans la période de latence. **(Castarède. M-F, (2003), p 69).**

2-3- La période de latence :

Période qui va du déclin du complexe d'Œdipe de la cinquième ou sixième année jusqu'au début de la puberté. Elle marque l'entrée de l'enfant à l'école primaire et se caractérise par la mise en veilleuse de la sexualité infantile. Les investissements d'objets se transforment en identifications et la sublimation est encouragée par les activités scolaires et artistiques. **(Castarède. M.F, (2003), pp 67-68).**

2-4- La période de l'adolescence :

Il s'agit là de l'organisation génitale qui est achevée grâce à la constitution de la fonction de reproduction. L'adolescence se caractérise par l'unification et la hiérarchisation des pulsions partielles sous le primat génital.

(Castarède. M.F, (2003), pp 67-68).

I-2 / Les stades du développement psychomoteur et cognitif :**I-2-1/ le développement psychomoteur et ses caractéristiques :**

Rendre compte du développement psychomoteur de l'enfant de façon succincte et complexe. Le développement psychomoteur s'effectue selon un schéma et des lois déterminés. En outre, l'acquisition des fonctions motrices dépend de l'élaboration des structures anatomiques qui leur sont indispensables. Enfin, l'évolution motrice se caractérise par deux lois : céphalo-caudal et proximo-distal.

Les caractéristiques de la psychomotricité du nourrisson sont particulières. On relève au niveau des membres une hypotonie physiologique du tonus musculaire, avec des attitudes en flexion et une motricité spontanée faite de mouvements diffus et anarchiques. Au niveau du visage, on observe une motilité (moues, grimaces) qui peut avoir valeur de communication pour la mère et préfigure le sourire. Quant aux réflexes archaïques sont des réponses motrices qui caractérisent la période néo-natal ; sont des réactions physiques involontaires en réponse à certains stimuli spécifiques qui témoignent pour certaines d'entre elles d'un état de développement du cerveau incomplètement achevé à la naissance. On les appelle « archaïques » car ils vont disparaître au cours du développement. **(Guidetti. M, (2002), p 32).**

Enfin, on peut noter que la prédominance de la sensibilité cutanée, gustative et olfactive sur l'auditive et le visuel ; les stimuli internes bien perçus ont une influence prépondérante sur le vécu du bébé.

Entre **0** et **2 ans**, le tonus musculaire évolue, au niveau des membres vers une hypotonie et des attitudes en extension. En outre, le développement postural se perfectionne et vérifie la loi céphalo-caudale (maintien de la tête vers **5 mois**, position assise vers **8 mois** et station debout à **1an**). La marche, quant à elle, est acquise vers **14-16 mois** alors que le contrôle de la station verticale et la coordination des mouvements alternés des membres inférieurs sont acquise. La préhension volontaire, importante chez l'enfant pour la reconnaissance des objets et l'exploration de son corps, suit également une évolution par stades : cubito-palmaire (préhension par les quatre derniers doigts) vers **5mois**, elle devient digito-palmaire (entre la paume et les quatre derniers doigts) à **6 mois**, puis radio-palmaire (entre le bord latéral du pouce et les dernières phalanges de l'index) vers **7-8 mois** et enfin radio-digitale (entre le pouce et l'index) vers **10 mois**. Dans le domaine de la sensorialité, la différenciation de la vision et de l'audition permet au jeune explorateur d'investir un environnement plus lointain. Enfin, en dehors de la motricité spontanée caractérisée par des mouvements éventuellement stéréotypés et circonscrits, normaux dans certaines limites, la motricité impliquée dans la communication avec autrui s'enrichit. Ainsi, la mimique volontaire apparaît vers **2 mois** sous la forme de la réponse par le sourire au visage humain de face et les mouvements de l'enfant s'organisent en gestes intentionnels avant d'accéder au statut de conduites symboliques (fin de la deuxième année). **(Gueniche. K, (2007), pp 11-13).**

A partir de **2 ans**, et ensuite, les possibilités perceptivo-motrices de l'enfant se perfectionnent dans le sens d'une plus grande finesse et maîtrise, et d'une plus grande capacité chez lui à se représenter son corps et l'espace. Schématiquement, l'évolution concerne le contrôle tonico-moteur, la latéralisation, le schéma corporel et l'image du corps. **(Gueniche. K, (2007), pp 11-13).**

I-2-2/ Le développement cognitif : Wallon, Piaget, Vygotski et Bruner :

Le développement intellectuel et cognitif est le résultat d'un développement pulsionnel. L'activité psychique encore appelée « pensée » est, quant à elle, le fruit de transformations des pulsions à partir du somatique ; elle est donc la plus éloignée des impressions des sens. **Piaget** et **Wallon**, deux théoriciens de langue française, se sont intéressés à la genèse de l'intelligence. **(Gueniche. K, (2007), pp 13-14).**

Piaget (1936) constitue la référence principale en matière de description de la genèse de l'intelligence chez le petit d'homme. Pour lui, cette fonction supérieure constitue un moyen d'adaptation de l'individu au milieu afin de préserver ses meilleures chances de survie. L'intelligence est appréhendée comme un processus d'organisation résultant d'un équilibre permanent entre deux fonctions-actions complémentaires et réciproques de l'organisme sur le milieu : *l'assimilation et l'accommodation*. **Piaget** considère le caractère hiérarchisé de l'organisation et, d'une certaine façon, définit l'intelligence par l'établissement de relations. **(Gueniche. K, (2007), pp 13-14).**

A un autre niveau, la théorie piagétienne apparaît comme une théorie de la motivation cognitive puisque l'assimilation et l'accommodation rendent compte réciproquement de processus actifs respectivement d'adaptation de l'organisme à l'environnement et d'action du milieu sur l'organisme. Ces motivations cognitives, héritières du besoin d'assimilation et d'auto-développement des schèmes, permettent de comprendre l'importance que **Piaget** accorde à la sensori-motricité dans les débuts de la construction de l'intelligence ; celle-ci est effet considérée comme moyen d'exercice et de développement mais aussi forme de celle-là. **(Gueniche. K, (2007), pp 13-14).**

L'intelligence est décrite selon des niveaux d'organisation définis à partir d'un certain nombre de critères, dont deux principaux : la permanence des objets et l'objectivation des relations causales. A ce propos, la perception de la causalité résulterait de la coordination entre la préhension et la vision ; la vision servant seule de critère au constat de relation causale. L'organisation spatio-temporelle et l'ensemble des aspects de la « construction du réel » seraient également liés à ces deux critères. **(Gueniche. K, (2007), pp 13-14).**

Piaget décrit trois périodes du développement intellectuel chez l'enfant qui comprennent tous différents stades. Ces derniers constituent de véritables étapes du développement qui présentent trois caractéristiques invariables : leur ordre de succession est constant, les acquis d'un âge donné ont un caractère intégratif (ils sont intégrés dans la structure de l'âge suivant) et un stade représente une structure d'ensemble. Les trois périodes mises en évidence sont la période sensori-motrice de **0 à 24 mois**, la période préopératoire de **18-20 mois à 6-7 ans** et la période opératoire (des opérations concrètes) de **6-7 ans à 12 ans**. **(Gueniche. K, (2007), pp 13-14).**

1- La période sensori-motrice :

L'intelligence sensori-motrice se détermine en présence des objets, des personnes, des situations grâce à la perception. C'est à ce niveau que vont s'élaborer les structures de l'intelligence ultérieure. Entre 0 et 2 ans, il s'agit essentiellement d'une intelligence pratique qui permet à l'enfant de résoudre des problèmes liés à l'action comme atteindre les objets éloignés ou cachés. (Guidetti. M, (2002), p 46). Cette période se caractérise par la constitution progressive de schèmes sensori-moteurs, c'est-à-dire des schèmes qui vont s'impliquer dans toutes les activités qui font intervenir la perception et le mouvement, donc la coordination sensori-motrice des actions. Pour Piaget, l'intelligence c'est une adaptation à des situations nouvelles et l'intelligence sensori-motrice c'est la capacité de résoudre des problèmes pratiques au moyen des actions sensori-motrices et avant l'apparition du langage. Pour Piaget, la source de l'intelligence réside dans les actions sensori-motrices qu'exerce l'individu sur des objets et non dans le langage. Cette période dans la construction de l'intelligence est capitale car c'est à ce moment que s'élaborent toutes les substructures cognitives qui sont les éléments de base des constructions cognitives ultérieures. (Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p 50).

La période sensori-motrice s'organise en six sous- stades :

1-1- sous-stade 1 : 0 – 1 mois :

Correspond à l'exercice des réflexes, il s'agit pour Piaget d'un montage héréditaire qui fonctionne dès la naissance mais qui a besoin pour s'adapter à la réalité extérieure d'un certain exercice. (Guidetti. M, (2002), p 46). Le réflexe est considéré ici comme une première réponse globale de l'individu à une stimulation provenant de son milieu, elle a donc une fonction adaptative. Par la suite, des exercices fonctionnels vont consolider ce réflexe et l'élargir. En effet se sont les premières réponses réflexes qui constituent la source des schèmes. Le schème étant perfectible par l'exercice qui le consolide va rendre possible l'assimilation qui va l'enrichir. On va prendre comme exemple le réflexe de la succion ou il faisait partie des réflexes archaïques. Le nouveau-né tâtonne un peu pour téter la première fois, puis le fait de façon de plus en plus assurée, il devient de plus en plus capable de retrouver le mamelon lorsqu'il l'a lâché. Cet exercice fonctionnel rend possible l'assimilation qui peut prendre plusieurs formes : l'assimilation fonctionnelle ou reproductrice correspondant à un besoin de reproduction de l'action, permettant la consolidation de cette action. L'assimilation généralisatrice se manifeste lorsque l'enfant incorpore dans cette action réflexe des objets différents tels que le sein et le pouce. (Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p51).

1-2- sous-stade 2 : 1- 4 mois

Premières adaptations acquises et réactions circulaires primaires. La réaction circulaire est définie comme un exercice fonctionnel aboutissant au maintien ou à la redécouverte d'un résultat nouveau et intéressant. Au cours de ce sous- stade, les conduites d'accommodation vont concerner la préhension : vers 3 – 4 mois, la main attrape l'objet et les doigts vont s'adapter à la forme de l'objet. (Guidetti. M, (2002), p 46).

1-3- sous-stade 3 : 4 à 8/9 mois

A ce stade apparaissent les réactions circulaires secondaires : il s'agit de la redécouverte d'un résultat nouveau et intéressant pour l'enfant, mais cette fois-ci découvert par hasard dans le monde extérieur. Ce stade marque la coordination entre la vision et la préhension, l'enfant est capable d'attraper un objet qui se trouve dans son champ visuel. (Ibid. PP 46-47).

1-4- sous-stade 4 : 8/9 à 11/12 mois

Maintenant, l'enfant ne se contente pas de répéter des schèmes d'action pour reproduire des résultats intéressants, mais il va combiner différents schèmes pour obtenir un certain résultat. C'est cette coordination de schèmes qui est nouvelle et qui va permettre la solution à des problèmes pratiques nouveaux, ainsi elle signe les premiers actes d'intelligence de l'enfant. (Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p 53). On voit apparaître à ce stade une réelle différenciation entre moyens et buts déjà esquissée à la période précédente mais cette fois, l'enfant doit trouver lui-même des moyens pour arriver au but et en particulier enlever les obstacles pour arriver à s'approprier l'objet qui doit cependant rester visible. Au cours de ce stade l'enfant accède aux indices, il comprend que ceux-ci renvoient aux caractéristiques propres à l'objet. (Guidetti. M, (2002), p 47).

1-5- sous-stade 5 : 12 mois – 18 mois

Réaction circulaire tertiaire et découverte de moyens nouveaux par expérimentation active. A ce stade, l'enfant va constituer des schèmes nouveaux qui ne seront pas dus à la simple reproduction de résultats fortuits mais à la recherche de la nouveauté comme telle. L'enfant mis en présence des objets nouveaux ou il essaye de comprendre la nouveauté de l'objet par expérimentation active. (Guidetti. M, (2002), p 55).

1-6- sous-stade 6 : 18 mois – 2ans

Invention de moyens nouveaux par combinaison mentale. Cette fois face à un problème nouveau, l'enfant trouve la solution immédiatement. Les conduites de l'enfant effectivement changent radicalement : mis en face d'un problème pratique, l'enfant expérimentateur des stades précédents tâonnait et parvenait parfois à la suite de ses tâonnements à la solution du problème. Maintenant l'enfant, après quelques essais infructueux, marque une pause et trouve brusquement la solution. **(Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p 56).**

2- La période préopératoire : 2 à 7 ans

Cette période débute avec la fonction symbolique ou sémiotique qui permette de représenter des objets absents ou des événements passé à l'aide de symboles ou de signes. Il s'agit de la période de préparation à la période opératoire, c'est à dire aux opérations concrètes et la fin de la période sensori- motrice marquait le début de la représentation mentale et l'accès à l'objet permanent. C'est cela qui permet le passage à la fonction symbolique ou sémiotique. **(Guidetti. M, (2002), pp 70).**

Cette représentation et utilisation de signifiants se développe avec l'apparition de la fonction symbolique ou sémiotique, qui est la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçus actuellement au moyen de signes ou de symboles. Donc, elle permet de représenter quelque chose : objet ou événement qui est le signifié, aux moyens de signes différenciés tels que : langage, dessin, gestes symboliques, etc. qui sont des signifiants. **(Tourrette. C, Guidetti. M, (2004), p 111).**

La fonction symbolique se compose de **(05)** types de conduites :

1-L'imitation différée : c'est grâce à elle que s'effectue le passage entre l'intelligence sensori-motrice et la pensée symbolique. Il s'agit d'une représentation en actes, l'enfant devient capable d'imiter un modèle en son absence.

2-Le jeu symbolique: il s'agit des jeux de faire semblant.

3-Le dessin : intermédiaire entre le jeu, pour le plaisir qu'il procure à l'enfant et l'image mentale pour l'effort d'imitation du réel qu'il manifeste.

4-L'image mentale : c'est l'image que l'enfant forme en pensée, elle correspond à des représentations mentales d'objets ou d'événements évoqués en pensée.

5-Le langage : l'accès aux symboles et aux signes rend possible le fait qu'à chaque objet correspond progressivement une image mentale qui permet, en son absence, d'évoquer cet objet.

Au cours de cette période, l'enfant transforme le réel au gré de ses besoins et ses désirs. **(Guidetti. M, (2002), pp 73-74).**

3- La période opératoire : 7 ans à 12 ans

Dans cette période l'enfant accède aux opérations concrètes qui se caractérisent par :

1-L'opération : qu'est une action intériorisée devenue réversible et qui peut se coordonner en structure d'ensemble est la réversibilité. Pour qu'il ait réversibilité d'une action c'est-à-dire l'accomplir dans un sens puis dans un autre, il faut qu'il y ait quelque chose d'invariant qui permette le retour à l'état antérieur, quelque chose qui se conserve au cours de la transformation de l'objet. **(Guidetti. M, (2002), pp 74-76).**

2-Réversibilité : indique que l'action peut s'opérer dans les deux sens c'est-à-dire qu'une action peut s'effectuer dans les deux sens mais il faut que l'enfant ait conscience, qu'il s'agit de la même s'il n'est pas conscient de l'identité de l'action, donc il n'est pas encore au stade opératoire. A partir du moment où l'enfant reconnaît l'existence d'un invariant permettant de réaliser la même action dans les deux sens, la réversibilité est possible et la pensée peut réaliser des opérations. Ces opérations sont dites dans un premier temps concrètes parce qu'elles portent sur des objets réels, concrets, manipulables. **(Guidetti. M, (2002), pp 74-76).**

Pour qu'une transformation soit perçue par l'enfant comme opératoire, il faut qu'il représente qu'une seule action qui peut être faite dans l'un et l'autre sens, le retour possible à l'état initial annulant la transformation antérieure donc, l'enfant doit comprendre qu'il y'a un invariant, quelque chose qui se conserve au cours de la transformation. **(Guidetti. M, (2002), pp 74-76).**

3-Les conservations : s'acquièrent au stade des opérations concrètes et se constituent en un ensemble de notions de conservations qui ne sont pas toutes élaborées en même temps.

Ces conservations nous permettent de suivre au plus près le raisonnement de l'enfant. **(Tourrette. C, Guidetti, (2004), pp 115-116).**

3-1- les conservations physiques : elles concernent les conservations de la substance, du poids et du volume. La situation proposée à l'enfant est celle de la représentation des deux boules de pâte à modeler qu'on va transformer en galette ou en boudin. A l'âge de 7 à 8 ans, l'enfant comprend que toute transformation de la forme laisse invariante la qualité de matière, il a donc admis le principe de la conservation de la matière ou de la substance. Pour le poids, les mêmes boules de pâte à modeler sont posées sur une balance, on en déformant la galette puis on demande à l'enfant « est ce que la galette est aussi lourde que la boule ? », c'est environ à l'âge de 8 à 9 ans que l'enfant répond correctement à cette question ; donc il a acquis l'idée de conservation du poids. Enfin, en ce qui concerne la conservation du volume, deux boules de même poids différent sont présentées à l'enfant, on lui demande si elles vont avoir le même volume si on les plonge dans un bocal rempli d'eau. Cette question est résolue correctement vers 10 à 12 ans, âge auquel l'enfant a donc acquis le principe de la conservation du volume. (Tourrette. C, Guidetti, (2004), pp 115-116).

3-2- les conservations spatiales : les conservations spatiales concernent les longueurs, les surfaces et les volumes spatiaux. (Tourrette. C, Guidetti, (2004), pp 115-116).

3-2-1- les conservations des longueurs : pour évaluer la maîtrise de la conservation des longueurs, on propose à l'enfant deux baguettes de même longueur placées une en dessous de l'autre puis une d'elles est placée latéralement. Ensuite, on demande à l'enfant quelle baguette est plus grande. Il faut attendre l'âge de 7 ans pour que l'enfant donne une réponse de type conservant. (Tourrette. C, Guidetti, (2004), pp 115-116).

3-2-2- les conservations des surfaces : on présente à l'enfant deux surfaces représentant des champs où paissent deux vaches ; on place sur chaque pré une première maison, puis une à quatorze secondes on demande si chaque vache aura autant à manger ; sur le premier pré, on serre les maisons les unes contre les autres. Alors, on demande à l'enfant si les vaches ont la même quantité d'herbe à manger, c'est vers 7 ans qu'une réponse de type conservant est donnée. (Tourrette. C, Guidetti, (2004), pp 115-116).

3-2-3- les conservations des volumes spatiaux : l'expérimentateur demande à l'enfant de regarder les niveaux d'eau de deux bocaux identiques à moitié remplis d'eau et de les rendre égaux s'ils ne sont pas. Ensuite, il propose à l'enfant de placer la boule A dans un des bocaux pour voir ce que fait le niveau d'eau. Après avoir vérifié que le niveau de l'eau contenant A s'élève et reconnu que la boule B étant pareille que A, les deux niveaux devraient être pareils. L'enfant de 10 ans qui a admis la conservation de la matière, puis du poids, n'admet pas pour autant la conservation du volume, il refait les mêmes erreurs de

raisonnement, dont il pense qu'elle est modifiée par la transformation physique qui en a modifié l'apparence. Il faut donc attendre **11-12 ans**, la fin du stade opératoire concret et le début du stade formel pour que le raisonnement de l'enfant soit correct. (**Tourrette.C, Guidetti.M, (2004), p 118**).

Pour **Wallon (1942)**, seul l'homme peut accéder à la forme supérieure de l'intelligence, laquelle est fonctionnelle et se réfère au réel ; elle vise en effet à le connaître en s'y accommodant, s'y adaptant et en l'utilisant. L'accent est mis sur la perception qui, plus qu'une sensation, est une activité à l'origine de l'intelligence et sur le langage qui permet une transmission des savoirs et une approche représentationnelle du réel. (**Gueniche. K, (2007), p 15**).

Dans les premiers mois de la vie, **Wallon** insiste sur l'adualisme, c'est-à-dire l'indistinction entre l'enfant et autrui, et l'incapacité du nourrisson à organiser la causalité des situations de la vie du fait de son incapacité à organiser le temps ; il parle d'ailleurs d'un « maintenant indélimité » dans lequel le changement est subi et non reconnu. (**Gueniche. K, (2007), p 16**).

La théorie wallonienne du développement de l'intelligence décrit une série de stades qui répondent à un état transitoire d'équilibre et accorde toute son importance aux axes de l'affectivité-émotivité et de l'équilibre tonico-moteur. On doit d'ailleurs, à ce psychologue du développement, le concept de dialogue tonique, véritable interaction et échange préverbaux entre le nourrisson et son entourage. (**Gueniche. K, (2007), p 16**).

Enfin, en référence au concept d'intelligence et dans la lignée, certes relative, des travaux piagétiens, citons en premier lieu **Vygotski**, puis **Bruner (1983)**. Ces auteurs de l'école russe ont proposé une théorie de l'apprentissage en s'intéressant au processus de transformation des actes en processus intellectuels internes, encore nommé intériorisation. Travaillant sur le geste de l'enfant « pointer du doigt », ils concluent que ses mouvements propres, au départ purement moteurs, ne prennent un sens que par l'intermédiaire d'une intervention sociale externe. Ainsi, le développement psychique serait engendré par la socialisation, les relations entre individus ou catégories intermentales, puis s'organiserait en catégories intra mentales, témoins de l'accès à la symbolisation. (**Gueniche. K, (2007), p 17**).

II/ L'enfant énurétique à l'école :

L'enfant passe en moyenne **30** heures par semaine à l'école. Donc, il est logique de penser que l'équipe pédagogique joue un rôle important dans l'évolution de l'enfant face au trouble de l'énurésie.

II-1/ Le rôle de l'enseignant :

Quand un enseignant découvre qu'un enfant est susceptible de présenter des troubles de l'énurésie, il doit tout d'abord, commencer par accepter le fait que l'enfant soit atteint d'énurésie et être prêt à adapter ces méthodes éducatives et pédagogiques aux besoins de celui-ci.

Si ces dernières s'avèrent exactes, dans ce cas là il prévient les parents, l'équipe pédagogique ainsi que le psychologue scolaire. Alors, tous décident ensemble d'une solution à envisager pour l'enfant tout en laissant la décision finale aux parents.

Dans un autre cas, si ce trouble a déjà été diagnostiqué, ce sont donc les parents qui vont informer l'enseignant ainsi que l'équipe pédagogique. Alors, il est préférable pour le bon fonctionnement de l'année scolaire que l'enseignant s'informe de ce trouble pour qu'il puisse mettre en place différentes stratégies afin que l'enfant puisse s'intégrer au sein de la classe.

Conclusion

Pour conclure, on peut dire qu'enseigner un enfant atteint de l'énurésie peut être frustrant et démoralisant, mais avec une application et un suivi d'une bonne stratégie donnera sûrement demain un bon résultat.

Introduction

Dans notre démarche de recherche on va redéfinir les concepts de notre thème, leurs opérationnalisations, ainsi on va présenter le lieu de notre stage et les critères sur les quelles on s'est basé pour sélectionné nos cas.

I- L'opérationnalisation des concepts**I-1- L'enfant énurétique (énurésie nocturne et diurne, primaire et secondaire).**

- Des enfants qui font pipi au lit ;
- Des enfants qui mouillent leurs lits durant la journée ou la nuit inconsciemment ou consciemment et involontairement ou volontairement après ou avant l'acquisition de la propreté ;
- Des enfants qui n'arrivent pas à contrôler leurs vessies le jour ou la nuit après ou avant l'acquisition de la propreté ;
- Des enfants qui n'arrivent pas à contrôler leurs urines et urinent accidentellement leurs lits pendant leurs sommeil et des enfants qui urinent leurs culottes pendant le jour.

I-2- L'enfant scolarisée

- Des enfants qui ont peur de l'école et aussi leurs enseignants ;
- Le bien-être ou le malaise à l'école ;
- Des enfants qui aiment l'école et leurs enseignants ;
- Des enfants scolarisées qui présentent des sentiments de jalousie vers leurs frères.

II- La démarche utilisée

Concernant la méthode utilisée, nous avons opté pour une étude de cas, selon Beau grand cette dernière fait partie de l'approche descriptive.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. 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 actuelle et passées.

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'avantage d'étude de cas comme méthode de recherche et qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historiques, affectives, relationnelles, cognitives, etc.)

Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux (Chahraoui. K et Benonny. H, p. 125-127).

Donc notre démarche consistera à utiliser cette méthode dans le but de décrire la relation et l'influence de la scolarisation sur l'enfant énurétique.

III- La population d'étude

III-1- La présentation du lieu de stage

Notre pratique a été effectuée dans le centre de l'Unité de Dépistage et de Suivi (U.D.S) d'IHADADEN.

Les U.D.S sont des établissements scolaires créés par la décision conjointe du Directeur de l'éducation de la Wilaya et du Directeur de la Santé et de la Protection Sociale après un avis du Directeur du Secteur Sanitaire.

Les U.D.S dépendent du Secteur de Médecine Préventive (SEMPEP), qu'est un organisme sanitaire chargé de la coordination des programmes à suivre et dicte les procédures à suivre. Les U.D.S de l'Etablissement Public de Santé publique de proximité (EPSP), ces organismes sont sous la Direction de la Santé de Proximité (DSP), qui gère aussi les cliniques et centres de soin de proximité.

L'UDS d'IHADADEN a été inauguré en 1995, il se situe à l'intérieur du lycée « CHOUHADA-ANNANI » de Bejaia, les locaux sont dépendants de l'établissement, sont composés d'une salle de soin, où il y'a deux infirmières et une aide soignante. A coté du

bureau du médecin se trouve le bureau de la psychologue qu'est situé en face de celui-ci et à coté du cabinet dentaire. Au fond du couloir on trouve deux salles d'attente, une pour les filles et l'autre pour les garçons et les sanitaires.

Pour les besoins de la recherche, il est important de citer les fonctions du personnel, car c'est toute une équipe qui travaille en étroite collaboration les uns avec les autres.

1- Les infirmières et l'aide soignante :

Elles assurent les premiers soins ; pansements, bandages, injections et entre autre l'inspection :

- Avant bras vérification de la cicatrice de BCG.
- Cuir chevelu pour vérifier s'il n'y a pas de pédiculose.
- Examen oculaire afin de vérifier s'il n'y a pas de strabisme, ptosis.
- Revêtement cutané dépistage de la gale, impétigo.
- Squelette dépistage de déformation du rachis, déformation des membres.

2- Le médecin :

L'éducation sanitaire, contrôle de l'hygiène des locaux, consultation des élèves, la vaccination.

Prendre en charge les examens officiels et sportifs le BAC et le BEM. Le dépistage concerne en général des pathologies précises : Rhumatisme articulaire aigu (RAA), malnutrition protéino-énergétique, goitre (dans les régions d'endémie), anémie carencielle, diabète, épilepsie, parasitose intestinale, énurésie, souffle cardiaque organique (auscultation cardiaque) et déformation du rachis ectopie testiculaire (palpation).

3- Le dentiste :

Contrôle de l'hygiène dentaire, dépistage des caries, des infections bucco-dentaires, le suivi des élèves prise en charge et soins.

4- Le psychologue :

Le dépistage, le suivi, l'orientation et la prise en charge des patients ; les retards scolaires, l'énurésie, les troubles du comportement, autisme, dépression, troubles anxieux, accompagnement des patients jusqu'à l'examen, donner des conseils, ainsi que l'orientation.

III-2- La sélection de notre population d'étude

IV-2-1- Les critères d'homogénéité retenues

- Des enfants scolarisées qui présentent une énurésie diurne ou nocturne, primaire ou secondaire ;
- Des enfants énurétiques qui ont des difficultés scolaires ;
- L'âge des enfants est entre 6 et 12 ans.

IV-2-2- Les critères non-pertinentes pour la sélection

- Le sexe ;
- Les facteurs socio-économiques.

III-2-3 Autres critères de la population d'étude

III-2-3-1- Evaluation diagnostic

Critères diagnostics du D S M IV :

- Miction répétée, diurne ou nocturne, au lit, dans les vêtements, involontaire ou délibérée.
- Survenue au moins 2 fois par mois chez des enfants âgés de 5 à 6 ans et au moins une fois par mois chez les enfants plus âgés.
- L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5 ans et un âge mental d'au moins 4 ans.
- Non dû à un trouble physique tel qu'un diabète- une infection des voies urinaires ou des convulsions Le manque de contrôle est en rapport avec la capacité vésicale et le mécanisme sphinctérien (immaturité vésicale, difficultés d'inhibition du détrusor).
- Les désordres mictionnels sont liés à des troubles émotionnels relationnels à des conflits, à des stress- ou à de la dépression.
- On notera le lien qui existe entre l'énurésie et l'impressionnabilité. L'impressionnabilité, caractérise les enfants émotifs – L'énurésie nocturne peut se déclarer à la suite d'un rêve, de films d'épouvante, de gronderies, de punitions.

IV-2-3-2- Bilan en périneonathologie

- Absence de prise de conscience périnéale (confusion entre : contraction relaxation–poussée).
- Ne sent pas le besoin d'uriner et les pertes d'urine.
- Mictions diurnes : 3/jour.
- Incontinence nocturne primaire.

Chapitre III Démarche de la recherche et population d'étude

- Absence d'incontinence à l'effort.
- Infections urinaires avec colibacilles à partir de 6 ans (traité depuis plusieurs mois).
- Absorption de liquide très insuffisante.
- Absence de constipation.

Conclusion

Après avoir présenté notre démarche et le lieu de stage on va passer à présenter les outils d'évaluation dans le chapitre suivant.

Introduction

On a opté dans notre étude sur les outils de la psychologie clinique tel que l'observation, l'entretien clinique et test du calendrier mictionnel afin de répondre à la question de recherche posée, vérifier et justifier nos hypothèses.

Pour effectuer notre recherche, on a fait recours à deux techniques qui sont l'entretien clinique (l'entretien semi-directif), les conseils de motivations et le calendrier mictionnel.

I- Les techniques utilisées

I-1- L'entretien clinique

Dans un premier temps, l'entretien peut être défini tel que le propose *Le Petit Robert* comme : « Action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ». Entretien est synonyme de dialogue, conversation ou discussions.

Donc, ce terme implique deux dimensions essentielles : interactive et discursive. A l'origine la clinique est un terme médical issu du grec **Kliné** qui signifie « **lit** ». Donc, l'entretien clinique désigne un type d'entretien littéralement qui est fait « au lit du malade ».

En clinique, l'entretien nous permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, son histoire, ses difficultés de vie, les événements vécus, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, ses rêves et ses fantasmes. Donc, on peut dire que l'entretien apparait comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre le sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. **(Chahraoui. K, Bènony. H, (1999), pp11-12).**

L'entretien de recherche est centré sur la personne comme dans l'entretien thérapeutique, il pourra décoder en tenant compte du contenu manifeste et du contenu latent car malgré que le sujet soit guidé par la consigne, il reste toujours qu'il peut déborder sur des souvenirs d'enfance et des histoires personnelles ou familiales... **(Chiland. C, (1983), p 119).**

L'entretien clinique dans ce présent travail est situé dans un cadre d'une recherche clinique. Il nous a permis dans notre recherche de recueillir le maximum d'informations concernant notre sujet d'étude, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence aux sujets eux-mêmes, comme c'est le cas dans notre recherche sur l'énurésie chez

les enfants scolarisés âgées de 6 à 12 ans, ne peuvent prendre sens que si l'on restitue dans son cadre de référence : l'histoire personnelle des sujets, leurs antécédents médicaux, leurs histoires familiales, leurs comportements...etc.

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif. Le choix de ce type d'entretien n'est pas fortuit, en raison des objectifs s'est assigné notre recherche. Donc, il nous a fallu guider les sujets qui nous semblaient utile d'explorer pour cette présente recherche tout en leur garantissant une liberté de parole d'être trop directif.

I-1-1- L'entretien semi-directif

Pour Chiland l'entretien semi-directif est défini comme : « la situation où le clinicien qui pose quelques questions simplement pour orienter le discours de certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elles s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». **(Chiland. C, (1983), p 11).**

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées à l'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien, dans la mesure où le clinicien cherche à proposer un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit ». **(Chahraoui. K, Bènonny. H, (2003), p 143).**

L'entretien semi-directif a été proposé aux parents. Dans un premier temps, des questions précises nous permettaient de recueillir des informations personnelles et générales. Par la suite, différents thèmes étaient abordés afin de permettre aux parents d'évoquer le vécu de leur enfant son quotidien, ses comportements...

Les thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) mettent en évidence les éléments cognitifs des parents (vécu qui dicte un mauvais comportement) pour les aider à changer, détecter éventuellement les conflits liés à l'éducation qui risquent de renforcer négativement l'évolution de l'enfant. **(Cottraux J -Les thérapies comportementales et cognitives ; 3ème édition. Médecine et psychothérapie, 1999).**

I-2- Le calendrier mictionnel

Dérivé de la méthode de **Frewen** et très utilisé en Grande-Bretagne le calendrier mictionnel consiste, pour l'énurétique, à noter les éventuels accidents diurnes et nocturnes pendant 4 semaines. Il a pour intérêt d'impliquer l'enfant dans son propre traitement, de l'autonomiser. L'enfant doit prendre en charge seul ce calendrier qui doit être simple et pratique. Il est utile d'y noter également la fréquence des selles. Des pictogrammes, comme un soleil lorsque la nuit a été sèche ou une averse lorsqu'une miction au lit a eu lieu, donneront une dimension ludique supplémentaire. L'analyse statistique avec l'enfant de ce calendrier permet d'améliorer la relation enfant-thérapeute qui reste acteur et interlocuteur de son traitement. Elle traduit aussi le rythme mictionnel et l'évolution des troubles.

II- Le déroulement de la pratique :

Notre pratique s'est déroulée durant une période de deux mois de 15/12/2013 au 15/02/2014 au sein du centre d'Unité de Dépistage et du Suivi l'**U.D.S** d'Ihadaden situé à l'intérieur du lycée « **CHOUHADA- ANNANI** » de Bejaia.

Après avoir l'accord favorable de la psychologue et du directeur de l'**U.D.S**.

Après avoir contacté les parents de ces enfants énurétiques, on a tout d'abord, essayé de gagner leur confiance et ensuite de leur expliquer le but de notre recherche, en assurant la confidentialité et l'anonymat des entretiens. En outre, on a réalisé nos entretiens en fonction de leur disponibilité et leur compréhension ainsi que les résultats du calendrier mictionnel.

L'enfant ne peut être traité seul sans la collaboration de son environnement l'approche doit être systémique (globale). L'enfant est dépendant du comportement de ses parents, de la fratrie, et de l'enseignant.

II-I-La collaboration

II- I-1- Avec les parents

- Commencer par une information du fonctionnement vésico-sphinctérien ;
- Quel est leur rôle à tenir ? Aider l'enfant à se prendre en charge ;
- Auto analyse des parents et prise de conscience d'un comportement inadapté et parfois nocif, mise en évidence des éléments cognitifs qui les perturbent ;
- Entente du couple face à l'éducation de l'enfant.

II-I-2- Avec la fratrie

- Analyser leur comportement et éventuellement les amener à le modifier.

II-I-3- Avec l'enseignant

- L'informer du problème ;
- Son rôle : surveiller si nécessaire, les mictions au cours des récréations. L'encourager à participer, son attitude positive est très importante ;
- Accepter de répondre aux items.

II-II-Conditions de prise en charge

- L'enfant doit accepter à participer ;
- Relation de confiance : Enfant-Psychologue ;
- La non compliance des parents entraînera la non implication de l'enfant ;
- Information du fonctionnement vésico-sphinctérien ;
- Dédramatisation du problème ;
- Rôle actif de l'enfant ;
- L'enfant doit être à l'écoute de son corps ;
- Hygiène ;
- Analyse fonctionnelle de l'enfant ;
- Fixer un objectif et un contrat à respecter ;
- Renforcement positif au cours du traitement. **(R. Ladouceur, O Fontaine, J. Cottraux - Thérapie comportementale et cognitive- Enurésie, 1999).**

II-III- Procédure thérapeutique

Le contrat –Les objectifs

- Les parents et l'enfant s'engagent à collaborer.
- Les tâches seront prescrites avec leur consentement.
- Réduire l'anxiété.
- Rétablir la continence nocturne et diurne. **(Américain Psychiatric Association -Critères diagnostiques Mini DSMIV ,1996).**

Conclusion :

Pour conclure ce chapitre consacré à la méthodologie de recherche, qu'on peut la décrire comme une tentative de tester et vérifier nos hypothèses à travers l'utilisation des outils d'investigation (l'entretien semi-directif et le calendrier mictionnel). Et après avoir décrit notre population d'étude qui répond à l'objet de notre recherche, (les sujets énurétiques), afin d'interpréter et discuter nos hypothèses.

I-1/ La présentation de cas clinique N°1 :

Z.O est un garçon âgé de 7 ans, il est le dernier d'une fratrie de cinq ; deux filles et trois garçons. Il est scolarisé en première année primaire. Ces résultats scolaires ne sont pas satisfaisant, car il a doublé une année. Sa mère femme au foyer et son père retraité. Concernant la grossesse et l'accouchement de la maman se sont déroulés sans difficulté et sans complication.

I-2/ Résumé de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans le bureau de consultation psychologique, à l'intérieur du centre d'unité de dépistage et de suivi.

Au premier entretien son grand frère s'est présenté pour prendre un rendez-vous. Il nous a expliqué le problème de son petit frère. Ensuite, la psychologue lui précise que lors de son entretien, son frère doit être accompagné de ces parents.

Le jour du rendez-vous Z.O s'est présenté avec sa mère, elle nous a avoué qu'elle est très inquiète son fils souffre de l'énurésie diurne secondaire, il a atteint sa propreté diurne à l'âge de 3ans, et sa propreté nocturne à l'âge de 4ans. D'après sa mère, Z.O a commencé à faire pipi dans sa culotte juste après sa scolarisation.

Après une durée, ses parents l'ont pris à un psychiatre pour lui donner des médicaments; le psychiatre lui a donné CLOMIPRAMINE 10mg, et même avec ce médicament Z O fait toujours pipi, chose qui a poussé ses parents a pensée a la prise en charge psychologique.

On lui a dit : que pensez-vous de l'école ? Et il nous a dit : *« je ne veux pas aller à l'école. », « j'ai peur de l'enseignant, et aussi il ya beaucoup d'enfants que je n'aime pas et je les connais pas », « je veux rester avec mes parents à la maison », « je ne fais pas pipi exprès, je n'aime pas quand les enfants de classe rigole sur moi », « je veux être comme les autres et de ne pas faire pipi dans la classe et devant mes camarades », « je n'aime pas cet environnement ».*

Et on lui a demandé si son enseignant le frape, il nous a dit : *« oui, il me frape c'est pour ça que je ne l'aime pas ».*

Analyse générale des résultats :

L'étude porte sur cinq cas d'enfants âgés entre 6 et 12 ans qui sont scolarisés, souffrant d'énurésie, soit primaire ou secondaire, nocturne ou diurne.

Il est mentionné que notre recherche s'est focalisée sur les enfants scolarisés qui représentent l'énurésie.

Ce qu'on a pu constater que les conséquences négatives de la scolarisation sur l'énurésie de l'enfant sont graves.

Selon l'analyse de l'entretien semi-directif effectué avec les parents des enfants ainsi que les résultats obtenus du calendrier mictionnel, on a déduit que nos six cas, souffrent d'énurésie. Ce dernier est la conséquence de la scolarisation de l'enfant.

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus du calendrier, on a constaté que nos cas souffrent d'énurésie. En plus c'est la scolarisation qui est le facteur aggravant cette énurésie. Ce qu'on a constaté, presque chez la majorité de nos cas.

Selon notre recherche, on a déduit plusieurs facteurs qui nuisent à l'énurésie de l'enfant scolarisée. Parmi ces facteurs on trouve : la scolarisation elle-même, insomnie...etc.

Se qu'on a constaté d'après les scores obtenus du calendrier ainsi que de l'analyse de l'entretien semi-directif effectué avec les parents, on a constaté que nos cinq cas souffrent d'énurésie, où ce dernier est la conséquence de la scolarisation de l'enfant. Aussi, on déduit que la majorité d'entre eux, n'aiment pas l'école tel que le cas de : Z.O, M.A ainsi que A.Y, car ils manifestent l'énurésie comme conséquence de leurs scolarisations.

Discussion des hypothèses :

L'objet de notre recherche est porté sur l'énurésie qui touche les enfants en âge scolaire. D'après notre recherche on a tenté de vérifier l'hypothèse émise au départ qui consiste en : « les enfants scolarisées souffrent d'énurésie ».

A travers les résultats obtenus dans notre recherche sur cinq cas d'enfants scolarisés, souffrant d'énurésie, l'hypothèse principale qu'est : « les enfants scolarisées souffrent d'énurésie » a été confirmée, car on souligne que presque nos cas sont victimes de la

Chapitre IV : Présentation et discussion des hypothèses

scolarisation, et ont tous développé l'énurésie. Et cela est dû à plusieurs facteurs : la scolarisation, l'insomnie ainsi que l'environnement familial et social.

Conclusion

Dans cette recherche intitulée « *L'énurésie chez les enfants scolarisés âgés de 06 à 12 ans* », qui a été réalisée au sein du centre de l'Unité de Dépistage et de Suivi L'U.D.S d'IHADADEN de Bejaia, on a constaté que ces centres sont d'une importance capitale dans le dépistage des pathologies diverses et que la détection d'un trouble à un âge précoce, pourrait éradiquer ces conséquences.

Comme on a constaté d'après notre modeste recherche effectuée, que l'énurésie n'est pas un trouble qui est lui-même lié à d'autres troubles et c'est pourquoi il est facile de le diagnostiquer chez l'enfant.

Il faut savoir que le trouble de l'énurésie se rencontre partout et touche toutes les classes sociales. De plus, il apparait chez la très grande majorité des cas au début de l'enfance. C'est-à-dire à la période, où justement, l'enfant va le plus se développer et se construire, que se soit physiquement ou intellectuellement.

Sachant que ce développement intellectuel s'effectue en grande partie à l'école. De se fait, il nous parait nécessaire que l'enfant ait un bon suivi scolaire avec bien sûr un enseignant connaissant ces troubles. Ce qui entraîne pour l'enfant une bonne intégration dans la classe, pour avoir un bon cursus scolaire.

L'énurésie est relativement fréquente et extrêmement gênant pour l'enfant, les indications thérapeutiques s'appuient sur une observation clinique et une anamnèse très précise.

Enfin, des travaux de recherche devraient permettre de mieux comprendre l'étiologie de ce trouble, en précisant les facteurs exacts qui causent et qui déclenche le trouble d'énurésie.

Par ailleurs, on ne peut en aucun cas généraliser les résultats obtenus par cette recherche, que par le biais d'une étude approfondie sur un échantillon bien élargi.

La liste bibliothèque

I- Les ouvrages :

- 1- Chahraoui. K, Bennony. H, « **méthodes, évaluation de la recherche en psychologie clinique** » 1^{ère} édition, Dunaud, Paris, 2003.
- 2- Cochat. P, « **énurésie et troubles mictionnels de l'enfant** », 1997.
- 3- DSM-IV, « **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », Paris, édition Masson, 2003.
- 4- Gueniche. K, « **La psychopathologie de l'enfant** », Paris, Nathan, 2004.
- 5- Gueniche. K, « **psychopathologie de l'enfant** », 2^{ème} édition, ARMAND Colin, 2007.
- 6- Guidetti. M, « **les étapes du développement psychologique** », Paris, éd. ARMAND Colin, 2002.
- 7- Tourrette. C, Guidetti. M, « **Introduction à la psychologie du développement, du bébé à l'adolescent** », Paris, deuxième édition, Armand Colin, 2004.

II- Les articles :

- 1- Jean Pierre DENTZ Cadre de santé Kinésithérapeute, « **L'énurésie bilans et rééducation** », Clinique de l'Estrée – Paris- Saints.
- 2- « **Le manuel du généraliste pédiatrie** »; tiré des AKOS traité de pédiatrie.
- 3- société canadienne de pédiatrie Paediatrics & Child Health « **La prise en charge d'énurésie nocturne primaire** », comité de la pédiatrie communautaire, 2005.

ANNEXE I

Le guide d'entretien

AXE I : Informations personnelles

Nom :

Age :

Prénom :

Sexe : Fille

Garçon

Antécédents Médicaux :

AXE II : Renseignements sur la scolarité de l'enfant hyperactif

Niveau scolaire :

Cursus scolaire :

Remarque de l'enseignant :

AXE III : L'hyperactivité de l'enfant

- 1- Pouvez-vous nous dire comment votre enfant se comporte-t-il à la maison ?
- 2- Quand vous êtes à table comment se comporte-t-il ?
- 3- Quand vous attribuer une tâche à votre enfant comment cela se passe ?
- 4- Comment décrivez-vous le comportement de votre enfant ?
- 5- Comment votre enfant organise ces activités ?
- 6- Quelles sont les activités favorites de votre enfant ?
- 7- Pouvez-vous nous parlez de l'attention de votre enfant
- 8- Votre enfant perd-t-il souvent des objets importants ?
- 9- Comment décrivez-vous les conversations avec votre enfant ?
- 10- Diriez-vous que votre enfant est impassion ?
- 11- Parlez-nous du sommeil de votre enfant ?

Le guide d'entretien

Axe1 : Caractéristiques personnelles :

-Age :

-Sexe :

-Situation dans la fratrie :

-Niveau scolaire :

Axe2 : Formes d'énurésie :

-Depuis quand vous êtes énurétique ?

-Age d'acquisition de la propreté

Axe3 : Relation familiales et extra-familiales :

-Nombre de la famille :

-La profession des parents :

-Pouvez-vous me parler de vos relations au sein de votre foyer familial ?

-Pouvez-vous me parler de vos activités en dehors de l'école ?

Axe4 : Les relations :

-Avez-vous des amis ?

-Comment est votre relation avec vos amis ?

-Comment est-elle votre relation avec les enseignants ?

Axe5 : Regard sur l'avenir

-Que souhaitez-vous faire dans la venir ?

-Quels sont vos projets ?