

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : psychologie clinique

Thème

Enurésie nocturne et le comportement social chez les enfants

Scolarisés

Etude de (9) cas

Réalisé par :

M^{elle} : DEFLAOUI anissa

Encadré par :

M^f : LABOUDI fatih

Année universitaire : 2012-2013

REMERCIEMENT

D'abord je remercie Dieu de toute puissance nous soit permet de remercier tous ceux qui ont apporté une contribution de près ou de loin dans la réalisation de ce modeste travail.

Je voudrai d'abord remercie notre encadreur Mr Laboudi Fatih, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

J'adresse mes très sincères remerciement au président ou présidente et tous les membres du jury de nous avoir honoré par leur présence et d'avoir accepté et pris de leur temps pour évaluer mon travail.

Je remercie aussi les directeurs et les enseignants des deux écoles primaires Frères LOULGDI et BOUICHI surtout à l'enseignant Haouchat Saïd et ma tante Saida à leurs aides pour finaliser ce travail.

A vous tous on vous dit : MERCI

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à

A mes chers parents qui m'ont soutenu durant toutes mes années d'études.

A mes chers frères Hacem et Azzedine ;

A mes chères sœurs Sonia, Nawal et Yasmin ;

A mes oncles et tentes ;

A mes cousines et cousins ;

A ma chère grand-mère que je la souhaite un prompt rétablissement ;

A mes chères amies Adja, Rima, Aicha, Assia, Massiva, Sabiha, Mira, Lylas, et les autres chacune à son nom ;

A tout la promotion psychologie clinique 2012/2013.

Tabel des matière

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1-Problématique	4
2- Hypothèses	6
3- Opérationnalisation des concepts.....	
3-1-Définition théorique	7
3-2- Définition opérationnelle.....	7
4- Intérêt et raisons du choix du thème	
4-1- raison du choix du thème	8
4-2- les objectifs du choix du thème.....	9

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Enurésie nocturne

1- Définition de l'énurésie nocturne.....	12
2- Aperçu historique	15
3- Les causes de l'énurésie nocturne.....	17
3-1- Cause organique	17
3-2- Cause héréditaire	18
3-3- cause psychologique.....	18

3-4- cause psychosociologique	19
4- Diagnostic différentiel	20
5- Elément cliniques	20
6- Hypothèse et étiologique.....	21
6-1- l'énurésie nocturne et l'approche psychanalytique	21
6-2- l'énurésie nocturne et l'approche comportementale	23
7- le traitement de l'énurésie nocturne	23
7-1- traitement pharmacologique.....	23
7-2- traitement psychanalytique.....	25
7-3- traitement comportemental.....	26
Conclusion	27

Chapitre II : L'enfance

1-définition de l'enfance	29
2- développement de l'enfant	
2-1- le développement moteur et cognitif.....	
2-1-1- le développement moteur	30
2-1-2- le développement cognitif	31
2-2- le développement affectif	32
2-3- le développement social	33

Chapitre III : comportement social de l'enfant

1-le rôle des relations sociales entres pairs dans le développement social de l'enfant	36
2-le rôle de jeu dans le développement social de l'enfant.....	38
3-la famille et l'école.....	41

4-les difficultés entre les pairs.....	42
4-1- l'agressivité	43
4-2- la timidité	45
4-3- l'hyperactivité	47
Conclusion.....	48

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Introduction	51
1-La pré-enquête	51
2 La méthode utilisée	54
3- Lieu de la recherche	
3-1-présentation de lieu de recherche	
3-1-1- la première structure : l'école d'AKABIUO	53
3-1-2- la deuxième structure : l'école d'ELHAD	53
4- La population de recherche	
4-1- les critères de sélection.....	54
4-2- Les caractéristiques de la population	
4-2-1- les caractéristiques des enfants.....	54
4-2-2- les caractéristiques des mères.....	55
5- les techniques d'investigations	
5-1- l'observation.....	56

❖ Présentation des résultats du suivi à partir de l'observation	58
5-2- l'entretien clinique	59
5-2-1- Guide d'entretien	61
6- Les difficultés rencontrées	62
Conclusion de la partie méthodologique	63

Chapitre V : Description et analyse des résultats

1-Présentation générale du cas	65
Cas n°1 : LAHNA.....	65
Cas n°2 : MOUNIR.....	70
Cas n°3 : NIHADE	75
Cas n°4 : MINA	79
Cas n°5 : OMAR.....	83
Cas n° 6 : Elias.....	86
Cas n° 7 : KARIM	89
Cas n° 8 : BILAL.....	92
Cas n° 9 : YOUNES.....	96
2- Synthèse des résultats et discussion des hypothèses	99
Conclusion générale	102

Liste bibliographique

Annexe

Liste des tableaux :

NUMERO DU TABLEAU	TITRE	PAGE
N°1	les caractéristiques des enfants	54
N°2	Les caractéristiques des mères	55
N°3	Les caractéristiques des enseignants	56
N°4	Présentation des résultats du suivi à partir de l'observation	59

Introduction

Introduction

Le rêve de tout parent c'est d'avoir un enfant sain, se développe devant leurs yeux sans difficultés et problème qui l'empêche d'avoir une vie normale comme les autres enfants. Parmi les difficultés qui peuvent entraver cet enfant symptôme pipi au lit, l'énurésie nocturne est le terme médical pour désigner le fait d'uriner inconsciemment et involontairement durant le sommeil que se soit la nuit ou le jour au cour d'une sieste. Dans la très grande majorité des cas, cette forme d'incontinence n'affecte que les jeunes enfants, mais elle peut persister jusqu'à l'adolescent chez certains.

Est qualifiée de primaire quand l'enfant n'a jamais réussi à maîtriser complètement sa vessie, et secondaire qui apparait après une période de propreté d'au moins trois à six mois. Plusieurs causes peuvent expliquer l'énurésie selon le cas, soit isolé ou associés, le facteur psychologique intervient surtout dans le cas des énurésies secondaires. Dont plusieurs théories psychologiques ont expliquées les causes de son apparition telle que la théorie psychanalytique et la théorie comportementale.

L'existence ou l'apparition de ce genre de symptôme chez l'enfant surtout celui de l'âge scolaire peut entraver sa vie scolaire et sociale, où il va manifester des difficultés dans son comportement et qui diffère d'un enfant à un autre.

Après la famille, l'école devient un lieu privilégié d'apprentissage social. Il constitue un environnement stratégique qui offre à la plupart des enfants des occasions très diversifiées, où il joue un rôle dans le développement de l'autonomie et de la sociabilité de l'enfant. Durant sa croissance à cette période, le cercle social s'élargit progressivement, intègre membres plus éloigné de la famille, et développe d'autre relation amicale.

Notre thème de recherche est sur l'énurésie et le comportement social chez les enfants scolarisés.

Pour réaliser notre travail sur le terrain, nous nous sommes basés sur l'une des méthodes descriptive qui est l'étude de cas dans le but de décrire les rapports qui existent entre l'énurésie et le comportement social des enfants scolarisés, et deux techniques ont été choisies, qui sont l'entretien et l'observation. L'entretien pour avoir accès aux informations concernant le développement et les circonstances de l'acquisition de la propreté chez nos cas, et l'observation qui a pour but d'observer les comportements des enfants à l'école.

Notre recherche se divise en deux grandes parties, une partie théorique qui englobe trois chapitres. Commenant par la problématique et les hypothèses de la recherche, le premier est consacré à l'énurésie, le deuxième à l'enfance, et le troisième pour le comportement social de l'enfant.

Enfin, la partie pratique qui est elle-même divisée en deux chapitres, le quatrième sur la méthodologie de la recherche et le cinquième concernant la description et l'analyse des résultats.

Problématique

Problématique et formulation des hypothèses

1 /La problématique

L'une des périodes de la vie les plus importants chez l'être humain est l'enfance, au cours de la quelle l'individu est fragile, dépendant de ses parents qui ont pour rôle principal de subvenir à ses besoins aussi bien physiologique que psychologique, ce qui lui permet un meilleur développement. La famille représente le premier espace social dans lequel chaque individu vit ses premières expériences, elle est pour lui le fondement de tous les autres liens sociaux à établir et à construire.

L'enfant se situe alors au point de rencontre de deux projets éducatifs, lorsqu'il sort des relations familiales pour entrer dans celle de l'école, qui se fonde sur des règles différentes de sa famille un lieu qui permet non seulement d'apprentissage et de connaissance, mais aussi d'établir des nouvelles relations avec d'autres enfants, d'avoir des amitiés, comme il lui permet de découvrir la vie en collectivité. L'école est le temps et le lieu institué pour instruire et s'instruire, son ressort est l'amour de l'étude.

L'enfant à l'école doit apprendre et acquérir des nouvelles connaissances de plus en plus complexes. Il se retrouve dans un changement qu'il doit accepter, ce qui va lui remarquer c'est la séparation du milieu familiale et l'obligation d'affronter des nouvelles personnes qui implique une adaptation sociale avec elles, de prendre conscience et de prouver une responsabilité à l'égard des groupes scolaires. L'école par la présence des pairs apporte à l'enfant dans le cadre de la socialisation une meilleure intégration sociale et l'acquisition de savoir-faire social, pendant les cours ou pendant de la récréation où se déroulent des activités (le jeu,...) qu'elle propose.

L'enfant essaye toujours d'être prudent devant ses camarades et surtout d'être un bon exemple pour eux, mais ce dernier peut connaître des difficultés et perturbations qui lui apparaissent comme gênante dans l'école ou pour lui-même. Telles les difficultés du contrôle sphinctérien qui deviennent de plus en plus fréquentes. Ce contrôle est un système anatomo-physiologique et qui ne fonctionnera qu'après une période de la maturité. Son acquisition chez l'enfant dépend des facteurs de maturations, social et affectif. Selon les études de **DUBOIS.C** dans son étude d'île d'Alor les mères ne font aucun effort pour apprendre à leurs enfants le contrôle de leurs sphincters, ou bien imposé progressivement

chez les indiens Navaho ou encore un contrôle précoce dans les tribus de l'île de l'Amiraute.¹

GESELL identifie trois stades de l'acquisition de la propreté :

- A 2ans la propreté diurne est acquise
- A 3ans l'enfant parvient à être propre
- A 3ans et demi il est propre jusqu'à 5-6ans il peut mouiller son lit.²

L'acquisition ne consiste pas simplement en l'apprentissage d'une habitude ou l'appropriation d'une nouvelle connaissance, mais un pas très important dans le développement mental et social du jeune enfant. Les différents troubles du contrôle sphinctérien ne signifient pas seulement que l'enfant ne maîtrise pas ou mal ses muscles sphinctériens, ils sont aussi des signes de troubles profonds du développement relationnel et social liés aux sphères les plus intimes de sa vie psychique.

Parmi ces troubles on cite l'énurésie nocturne, qui devienne très fréquente, suite à une enquête réalisée par des médecins scolaires sur un échantillon de plus de 53 000 enfants de plus de 6ans montre que 10% ont déjà eu de l'énurésie nocturne, que 7% ont encore des problèmes de façon régulière dans 60% des cas et que l'on compte parmi eux 60% de garçons. Seul 3% d'entre eux resteront énurétiques après 20ans, soit une guérison spontanée dans 97% des cas.³

Plusieurs définitions et explications ont été accordées à l'énurésie nocturne. Elle désigne des mictions involontaires pendant la nuit, à un âge où la propreté est généralement acquise. L'énurésie est dite primaire lorsque l'enfant n'a jamais réussi à contrôler sa vessie, et secondaire lorsque l'incontinence se déclare de nouveau après au moins six mois de continence. On ne devrait pas dire qu'un enfant est énurétique à moins qu'il se mouille régulièrement (plus de deux fois par semaine) après l'âge de cinq ans. L'énurésie nocturne est plus courante chez les garçons. On l'observe chez 10 % à 15 % des enfants de cinq ans et chez 6 % à 8 % de ceux de huit ans, et il chute à 1 % ou 2 % à 15ans.

Pour le **DSM IV** c'est à partir de l'âge de 5ans qu'on peut établir un diagnostic d'énurésie, selon lui elle est classée comme un trouble du comportement apparu durant l'enfance et l'adolescence.

¹ DE AJURIAGUERRA (J), Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson, 1970-1974, p300.

² GUENICHE (K), Psychopathologie de l'enfant, Armand colin, 2007, pp50-51.

³ DENTZ (J), L'énurésie bilans et rééducation, Paris-Stains, Clinique de l'Estrée, p01.

Quand à **WINNICOTT.D.W** l'énurésie est une manifestation à qui nomme « une tendance antisociale », trouble du comportement caractérisé par des manifestations d'indifférence à l'égard des normes sociales et droit.¹

L'énurésie nocturne provoque à l'enfant un état de malaise et de souffrance un sentiment de honte face aux autres parce qu'il se sent coupable et gêné à l'école, au moment où l'enfant se construira socialement essayant de prouver à ses camarades qu'il est capable de faire ce qu'on attend de lui. Mais en même temps peut être une manière d'exprimer son agressivité, opposition, ou son désir de rester petit et de ne pas agrandir.

L'enfant énurétique au sein de l'école peut être victime d'intimidation ou d'un retrait sur soi par peur que ses camarades sachent ou c'est comme il ressent qu'il le surveille quand –t-il va mouiller ses vêtements.

Beaucoup de recherches ainsi que **ERIKSON.E** accordent une importance à l'école dans la vie de l'enfant à coté de l'apprentissage, il sert dans le développement des actions de l'enfant de développer ses compétences sociales, car le regard des pairs prend une importance, il va s'évaluer et se compare par rapport à eux

A partir de tout cela, la question qu'on se pose dans notre recherche est :

Est-ce que les enfants scolarisés présentant une énurésie nocturne peuvent avoir un comportement antisocial ?

2/L'hypothèse :

Hypothèse générale :

Les enfants scolarisés ayant une énurésie nocturne peuvent avoir des comportements antisociaux.

Hypothèse partielle :

-Les enfants qui présentent une énurésie nocturne manifeste une agressivité.

¹ http://Fr.wikipedia.org/wiki/Personnalité_antisociale.

3/Opérationnalisation des concepts :

3-1- Définition théorique :

3-1-1-Enurésie nocturne :

L'énurésie est classiquement définie comme la survenue récurrente, chez les enfants de plus de 5ans, d'une miction involontaire pendant le sommeil et ce en l'absence d'anomalie somatique.

Elle est relativement fréquente, puisqu'elle touche environ 10% des enfants, avec prédominance chez les garçons : deux garçons pour une fille en moyenne.¹

3-1-2Comportement social chez l'enfant :

Le comportement est défini comme « manière d'être et d'agir des animaux et des hommes, manifestations objectives de leur activité globale ». ²

3-2-Définition opérationnelle

3-2-1-Enurésie nocturne

On parle d'énurésie nocturne chez un enfant dans le cas où l'enfant urine dans son lit pendant le sommeil et sur ses vêtements. L'enfant est toujours mouillé et humide et émanation fréquente d'une odeur.

3-2-2-comportement social

Le comportement social de l'enfant peut être « positif » ou « négatif », et les indicateurs qui permettent de les définir sont :

a). Un comportement social « positif » : le comportement social de l'enfant est qualifié de positif quand :

- L'enfant va vers d'autres enfants et communique avec eux.
- Il se montre actif, participe souvent aux activités de groupe en trouvant du plaisir : faire des exercices, des projets, de jouer, ...
- Aime confronter ses amis de classe même leur enseignant.
- Il accepte souvent de partager ses objets avec ses camarades de classe et dans la cour.

¹ GRANGER (B), La psychiatrie d'aujourd'hui : du diagnostic au traitement, Paris, Odile Jacob, janvier 2003, pp 509-510.

² BLOCH (H) et al, Grand dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse Bordas, 1999, p 186.

- Il imite souvent d'autres enfants.
- Il prend l'initiative dans la classe et propose des jeux et il précise leurs règles.
- Il est généreux et bien avec ses camarades.

b). Un comportement social « négatif » : le comportement social de l'enfant est qualifié de négatif quand :

- L'enfant ne va vers d'autres enfants et ne communique avec eux.
- Il ne se montre pas actif, et ne participe pas souvent aux activités de groupe et ne se procure pas assez de plaisir : de faire des exercices, de jouer, ...
- Evite ses camarade de classe et communiquer avec leur enseignant.
- Il accepte rarement de partager ses objets, d'autres enfants.
- Il n'imité pas souvent d'autres enfants.
- Il ne prend pas l'initiative de répondre dans les cours ni de proposer des jeux.
- Il a des mauvaises relations avec ses camarades.

4 / intérêt et choix du thème :

4-1- les raisons de choix du thème :

Nous avons opté pour le présent objet de recherche sur l'anxiété des parents d'enfants infirmés moteurs, pour plusieurs raisons :

- Malgré l'importance de ce thème, on ressent un manque de travaux, puisque la famille, est la première cellule de la société, qui constitue le contexte le plus important et le plus significatif, et qui présente un lieu privilégié pour le développement de ses membres.
- La pensée enfermée et l'absence de la conscience dans notre société envers ce symptôme, et de le considérer comme un tabou où on doit parler. Suivi par une hésitation d'un suivi médicale ou psychologique malgré les plusieurs initiatives de soutien qui existent même si que sont limitée, disant que c'est une période qui va passer il va les laisser quand t-il grandisse.
- Le retrais sur soi et la régression observée chez ces enfants, et la culpabilisation qu'ils manifestent envers leurs parents.

- Acquérir des connaissances sur l'énurésie d'une manière générale, et les comportements des enfants présentant ce symptôme.

4-2-Les objectifs du choix du thème :

L'étude globale était animée par la volonté de connaître les diverses manifestations comportementales des enfants énurétique dans leurs établissement.

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Fournir des informations détaillées sur les modalités de suivi médical et psychologique.
- Comprendre les causes d'apparition de l'énurésie et de faire la distinction entre ces différents types.
- Donner une description objective de la réalité vécus par l'enfant énurétique et les aider à le surmonter.
- Porter l'attention des parents, les éducateurs, les pédagogues sur l'état psychologique et comportemental d'enfant en souffrance pour qu'il y aura un accompagnement dans les deux cotés.

Partie Théorique

Chapitre I

L'énurésie nocturne

Chapitre I : L'énurésie nocturne

L'énurésie est un domaine de recherche et d'application en psychopathologie, les recherches des dernières années ont permis de mieux préciser les critères de diagnostic de ce trouble ainsi que d'améliorer les modalités de prise en charge de ces personnes. Dans ce chapitre on va aborder les différentes définitions faite pour l'énurésie, les causes, les théories qui l'ont traité et pour finir par les différents prise en charge de l'énurésie soit pharmacologique ou psychologique.

1-Définition de l'énurésie nocturne

L'énurésie c'est l'acte d'uriner sur soi et cela sans préjuger des mécanismes. L'énurésie se définit comme une miction active et complet involontaire chez un enfant de plus de 5 ans qui à cet âge doit acquérir la propreté. Il doit survenir au moins trois fois par semaine.

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. Il n'est pas dérange par cette humidité. L'énurésie nocturne survient pendant le premier tiers de la nuit, parfois pendant une phase de mouvement oculaires rapides et l'enfant peut se rappeler un rêve qui impliquait l'acte d'uriner.

Il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un symptôme, en dehors de malformation inaperçu ou d'abouchement urétéral 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.¹

PICHON invite à réserver le nom d'énurésie à ce que l'on appelle parfois incontinence essentielle. Il ne faut pas y faire rentrer les incontinenes d'urine de nature symptomatique, ni celles qui ont une cause locale vraie, ni celles qui ont une cause neurologique.²

Ce comportement est relativement fréquent et atteint environ 10% des enfants avec deux garçons pour une fille, ce qui est probablement lié à des problèmes du schéma corporel

¹ DENTZ (J. P), L'énurésie bilans et rééducation, Paris-stains, Clinique de l'Estrée, p01.

² MANAI (A), « L'énurésie et ses thérapies », in *El Tawassol*, n°14, 2009, p51.

et à des craintes quant au bon fonctionnement du pénis chez le garçon. C'est comme il voulait se rassurer quand t-il s'urine.

Pour l'énurésie nocturne, il faut d'abord comprendre les étapes de l'acquisition du contrôle des sphincters et les mécanismes aboutissants à l'émission d'urine qui vide la vessie, c'est-à-dire à la miction, la maîtrise de ce fonctionnement va de pair avec celle de la motricité, donc de la marche, et de la position debout. Ainsi à 2 ans l'enfant est propre le jour et à la fin de sa troisième année il est en général propre aussi la nuit, malgré quelques petits incidents jusqu'à 5-6 ans. A plus de 5 ans, de 10 à 15% des enfants mouillent cependant leurs lit plusieurs nuit par semaine.¹

Plusieurs définitions sont évoquées celle de **AJURIAGUERRA** (1997) ou il a défini l'énurésie comme le manque de contrôle de l'émission d'urine diurne ou nocturne, apparemment involontaire, persistant ou apparaissant passé l'âge où la maturité physiologique est acquise (à l'âge de 3 ans).

Pour **Kreisler** (1977) propose de définir l'énurésie nocturne : comme une miction incontrôlée persistant ou réapparaissant après l'âge de la maturité de la fonction, se produisant d'ordinaire durant le sommeil, de cours évolutif plus ou moins habituel, singulière par son déclenchement qui est inopiné et involontaire, mais normale dans son déroulement physiologique".

A la lumière de ces définitions, il semble que tous les auteurs soient d'accord sur les points suivants :

- l'énurésie nocturne est un trouble du comportement mictionnel sans lésion de l'appareil urinaire ;
- elle survient chez un enfant ayant acquis sa maturité physiologique ;
- la miction est normale sauf dans son déclenchement ;
- elle est involontaire et inconsciente.

On distingue deux sortes d'énurésie :

L'énurésie primaire (primitive, congénitale persistante selon la terminologie classique), dans le cas où l'enfant n'a jamais cessé de se « mouiller ». La cause principale peut être une certaine accoutumance anormale à l'humidité.²

¹SCHMITZ (J), La rousse des parents, vous et votre enfant, Montérial, Larousse-Bordas, 1999, p141.

² MANAI (A), op.cit, p51.

Elle peut être due aussi à une trop faible capacité de la vessie consécutivement à un retard d'apparition de la fonction rénale. C'est la fréquence entre 70% et 97% des cas.

L'énurésie secondaire l'enfant acquiert la propreté pendant un laps de temps plus ou moins grand – quelques mois, voire quelques années - puis recommence à mouiller son lit. Dans ce cas, les facteurs psychologiques traumatisants, d'ordre affectif ayant favorisé ou déterminé la reprise, sont à considérer en premier plan. Entre 20% des cas.¹

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.² Une énurésie diurne qui accompagne parfois les mictions nocturnes involontaire survient comme son nom l'indique pendant la journée, elle est plus fréquente chez les filles que les garçons.

La rétention parfois est liée à une hésitation à aller aux toilettes du fait d'une anxiété sociale ou de l'absorption dans les activités scolaires ou ludiques, qui veut dire qu'elle survient plus les jours d'école avec une fréquence élevée de symptômes de comportement perturbateur.

L'énurésie tardive des grands enfants est beaucoup connue dans les milieux socioéconomiques modestes ou l'enfant présente des retards, difficultés scolaire et troubles du comportement.

Le rythme énurétique est très variable et différent où on peut distinguer :

- une énurésie quotidienne ; tous les jours.
- une énurésie irrégulière l'énurétique a dépassé 8ans.
- une énurésie épisodique : survenir au cour d'épilepsie de l'enfant, d'une séparation.³

On peut dire que le taux de fréquence d'énurésie dépend des auteurs, des populations étudiées aussi le sexe.

Selon le **DSM-IV**, l'énurésie est une miction répétée, involontaire ou délibérée chez l'enfant âgé de plus de 5ans.⁴ Ce comportement est cliniquement significatif soit une fréquence de deux fois par semaine pendant au moins trois mois, soit la présence d'une souffrance cliniquement significativement ou altération du fonctionnement social, scolaire

¹ SAHUC (C), Comprendre son enfant : 0-10ans, France, Tudyrama, 2006.p130.

² JAIDANE(M), L'énurésie de l'enfant, Faculté de médecine Sousse, p 01.

³ AJURIAGUERRA (DE. J), Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson, 1970, p305.

⁴MICHEL (D) et col, Manuel de psycho pharmacothérapie, France, Gent Académie presse, p468.

professionnel, ou dans d'autres domaines important. Il n'est pas due aux affects physiologique directes d'une substance (ex: diurétique), ni à une affection médicale générale (ex : diabète, spina-bifida, épilepsie).

Quand en **CIM-10**, le rouble est dénommé énurésie non organique, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 établissent un seuil de fréquence différent : au moins deux fois par mois chez les enfants de moins de 7ans, et une fois chez les de 7ans et au-delà. De plus elle comprend un critère d'exclusion très strict le diagnostic d'énurésie et tous autre trouble mental est présent. ¹

2-Aperçu historique

Ne pas contrôler sa vessie ce que les médecins appellent l'énurésie. Elle ne consiste pas une maladie mais un symptôme gênant, source de conflit dans sa famille, qui entrave l'autonomie de l'enfant, l'empêche de passer un week-end chez un camarade. On ne parle d'énurésie qu'à l'âge de 5-6 ans, avant cet âge on préfère le terme de non acquisition de la propreté.²

Les troubles du contrôles sphinctériens, l'énurésie surtout sont plus en plus connu et évoqués depuis longtemps par différentes études afin de comprendre leurs nature, aussi comme des difficultés retrouvés chez l'enfant et l'adolescent 20% des enfants de moins de 5 ans.

L'énurésie nocturne a été présentée dans toutes les civilisations. On la retrouve sur tous les continents, touche toutes les classes sociales. De temps l'énurésie a frappé les imaginations, donné lieu à des interprétations variée et débouché sur des traitements parfois barbares concentrant sur le psychisme de l'enfant, la qualité de son sommeil, la fonction de sa vessie et d'éventuels troubles de sa diurèse.

De Papyrus Ebers, constitue l'un des tous premiers documents sur l'énurésie nocturne, un traité de l'Egypte ancienne vieux de 3500, il propose un remède pour l'énurésie à base de bière et genièvre. Les enfants qui ont des difficultés aux contrôle sphinctérien ont été traités par des multiples interventions tisanes, potions et remède de toute genre, bandage du pénis

¹ GUELFY (J. D) et al, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, France, Masson, 2003, p140.

²SCHMITZ (J), op.cit, p 141.

pour empêcher la miction, on oblige l'enfant de dormir sur matelas dur, le sol, de rester dans ces vêtements souillés. Dans d'autres cas sont mal traités.¹

Aristote (384-322 av J.C), il a posé la question on demandant pour quoi les enfants mouillent-ils souvent leur lit que les vieux. Pour **ÉGINE.P** (620-680 après J.C) chirurgien célèbre de l'empire byzantin insiste sur la relaxation des muscles du col vésical comme cause de l'énurésie, et son traitement est basé sur l'administration de toniques tels que le vin chaud et l'huile et l'abstention de boissons réfrigérantes.

Dès les siècles XIX, les connaissances de la physiologie et de la pathologie infantiles évoluent grâce à l'observation clinique, les différents aspects de l'énurésie sont discutés concernant les caractéristiques de l'énurésie nocturne, les particularités des enfants qui souffrent de ce symptôme, les conséquences physiques et psychiques.

Guersent professeur à Hospice des enfants à Paris accorde la cause de l'énurésie à la débilité des organes destinés à résister à la déjection. Pour lui avant de commencer tout traitement il faut renforcer l'enfant par un régime spécifique.²

Les connaissances de la physiologie et de la pathologie infantiles évoluent grâce à l'observation clinique, les différents aspects de l'énurésie sont discutés concernant les caractéristiques de l'énurésie nocturne, les particularités des enfants qui souffrent de ce symptôme, les conséquences physiques et psychiques.

A l'aide des thérapies psychologiques qui ont démontrées leurs efficacité au fil de leurs parcours soit à court ou à long terme, celle qui accorde l'importance au symptôme lui-même aux conditions d'apprentissage de la propreté citant la thérapie comportementale, bien que d'autres cherchent dans l'histoire personnelle de l'enfant de son apparition afin de le comprendre et de le supprimer c'est la thérapie psychanalytique.

Au cours de développement de l'enfant, la période anal va être s'organiser principalement autour des problèmes sphinctériens et la relation mère-enfant s'exprime sur le plan de la propreté. Ces troubles s'inscrivent dans un contexte développemental et social, d'où on trouve une exigence excessive d'apprendre à se contrôler pour l'enfant surtout avec l'approche de l'entrée à l'école.

¹DUMAS (J. E.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck Université, 2002, p423.

²COCHAT (P), *Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant*, Paris, Elsevier Masson, 1997, p19.

Beaucoup de recherche ont remarquées qu'à cette période d'acquisition de la propreté que l'enfant commence à développer des jeux avec les objets tels que, le gribouillage, le dessin, les jeux de remplissage d'eau, de sable.¹

3- Les causes d'énurésie nocturne

L'énurésie nocturne est le résultat de multiples facteurs, des fois mal connu, associées ou chacune prise individuellement. On distingue plusieurs groupes de thérapies, celle qui mettent en valeur les troubles de la mécanique mictionnelle, le retard ou la régression du contrôle de la miction, l'importance du rôle de la mère et de la famille.

- **Causes organique** : Entre 1% à 2% des cas, l'un de ces problème peut être mis en cause : malformation de l'appareil urinaire d'origine génétique, infection urinaire, diabète, Spina bifida, constipation ou encoprésie.²

Dans la plus par des cas, elle est due une instabilité de détrusor, ce muscle qui comprime la vessie lors de la miction volontaire. Il peut se contracter de manière intempestive la nuit, sans que la vessie ne soit pleine et sans que l'envie d'urine ne soit ressentie. Il s'agit dans ce cas d'une anomalie du système nerveux central dû a un retard du maturation de celui-ci.

Dans la journée, les signes précurseurs de la miction sont ressentis par l'enfant qui peut réagir rapidement mais lors d'un sommeil profond ces signes ne sentent pas perçus.

La production d'urine pendant la nuit peut aussi être mise en cause (Polyurie). Normalement plus faible que le jour, cette hyperproduction doit amener le médecin à chercher du coté d'autres pathologie, comme certaines formes de diabète, une insuffisance rénale ou une infection urinaire venant compliquer une malformation du système urinaire la production insuffisante d'hormones profond peut également provoquer cette polyurie.

Une immaturité de la vessie, l'énurésie primaire résulte de ce qu'on appelle l'« immaturité vésicale » c'est-à-dire d'un retard physiologique des reflexes neuromusculaires contrôlant la vessie.

Troubles hormonal ; certains cas d'énurésie résultent d'une faible sécrétion nocturne d'hormone antidiurétique, qui gère la production d'urine. Normalement, le corps doit

¹ CHAZAUD (J), *Précis de la psychologie de l'enfant*, Paris, Dunod, 2005, p 42.

² AJURIAGUERRA (DE. J). *op.cit*, p 307.

augmenter la sécrétion de cette hormone durant la nuit pour ralentir la production d'urine et donc le remplissage de la vessie.¹

- **Cause héréditaire** L'énurésie est souvent une question du terrain familial, les parents d'enfants énurétiques ont été eux-mêmes énurétique. Ils ont toujours une crainte d'être héréditaire.

Ils vont avoir une attitude qui peut être protectrice à l'excès, notamment par un rituel du coucher, des recommandations c'est pour cela ils vont proposer une éducation sphinctérienne précoce.²

Il souvent été constaté l'existence du symptôme énurétique chez plusieurs membres d'une même famille, ce qui a amené beaucoup d'auteurs à réaliser de nombreuses recherches statistiques et de nombreux travaux dans le but de mettre en évidence s'il ya lieu.

Entre 85% des cas dans la plupart des cas, seul 15% des enfants dont les parents ne souffraient pas dans leur enfance, la proportion des enfants concernés passe à 45%. Et si les deux parents mouillent leur lit, 75% des enfants le feront. Cette probabilité augmente, dans ce cas, chez les jumeaux monozygotes. Il est donc indispensable de réaliser l'interrogatoire conjoint des parents ce qui dédramatise la situation de culpabilisation de l'enfant.³

- **Causes psychologique:** les troubles sphinctériens sont présentés comme l'expression manifestée d'angoisse et de conflits de nature sexuelle entre l'enfant et ses parents, le plus souvent sa mère.⁴

La psychanalyse considère l'énurésie avec des graves soupçons, l'énurésie est comme un symptôme d'un trouble plus profond. Au delà le clinicien accorde une importance causale fondamentale aux modalités enfouies des relations parents enfant qui se sont façonnée depuis la naissance par le jeu complexe de force inconscient.⁵

Il peut s'agir d'un retard affectif ou conflit familiale. On ne peut tout de même pas nier l'origine psychologique évidente de certaines énurésies secondaires. Tous changements ou stress important est susceptible de déclencher une énurésie chez un enfant propre, les drames familiaux.

Le rôle de la famille s'exprime qu'à travers les relations, jalousie envers un frère plus jeune, surtout si la naissance coïncide avec la période d'acquisition des habitudes de propreté,

¹ DENTZ (J. P), op.cit, p 2.

²BERNARD (P), TROUVE (S), Sémiologie psychiatrique, France, Masson, 1977, p 34.

³DENTZ (J. P), op.cit. p 04.

⁴ DUMAS (J. E), op.cit, p427.

⁵ EYSENK (H. J), La névrose et vous, France, Mardaga, 1995, p34.

ou encore réaction d'un dernier né qui se ménage parce moyen de conserver l'intérêt qu'il occupe par rapport à ses frères et sœurs. Aussi séparation, deuil, viol.

Les traumatismes émotionnels (angoisse scolaire, troubles de la personnalité), intimidation grave par d'autres enfant, les troubles affectifs explique surtout les énurésies secondaires d'une énurésie primaire, ce qui aggrave parfois la maladie.

Sans oublier de prêter attention à la manière dont l'éducation de la propreté, car on sait qu'un certains type d'éducation de la propreté paraît pouvoir favoriser l'apparition de l'énurésie. Il est des cas où l'énurésie peut être qualifiée d'énurésie imposé due a une carence d'hygiène, l'enfant uriner endormir, mais aussi si la mère laisse son enfant macérer dans draps humides, ce dernier risque de s'habituer à uriner dormant.

Par contre, il se retrouve des mères obsédés par la propreté et qui exigent de l'enfant un contrôle sphinctérien précoce, à un âge où le contrôle n'est pas anatomique possible. Ce qui va provoquer de multiples conflits entre une mère obsessionnelle et l'enfant.¹

La plus part des auteurs insistent sur le fait que le traumatisme psychique et des discordances du milieu peuvent être facteur engendrant l'énurésie.

- **Les causes psychosociologiques** : de nombreuses études réalisées concernant l'incidence des facteurs socio-économiques sur l'énurésie et toutes rendent compte de sa fréquence dans les milieux les plus démunis, c'est ainsi que **CAMPBELL** a montré la corrélation entre le statut socio-économique des familles défavorisées et la fréquence des cas d'énurésie.²

Il fait intervenir le rôle de l'habitat, du petit logement, de l'absence de lit personnel et aussi du peu de temps dont dispose la mère pour apprendre la propreté à l'enfant.

Il a constaté également que l'énurésie est presque aussi fréquente dans les familles aisées où l'enfant manque non pas de moyens matériel mais d'affection. Ces conditions de vie ont pour effet :

- Le retardement ou l'entrave de l'apprentissage de la propreté du jeune enfant.
- L'apparition du phénomène d'imitation / contagion au sein de la fratrie
- La difficulté d'amorcer une tentative thérapeutique quelconque qui suppose la participation active de l'enfant et une certaine forme d'aide du milieu.

¹ BERNARD(P.), TROUV2(S.), op.cit, p34.

² MANAI (A), Attitudes parentales vis-à-vis de l'enfant énurétique en milieu algerien, in *Université badji mokhtar*, Annaba, p 75.

4- Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'énurésie n'est pas porté en présence d'une vessie neurologique ou d'une affection médicale entraînant une polyurie ou des mictions impérieuses (ex : diabète sucré non traité ou diabète insipide), ou à la cour d'une infection urinaire aigue.

Cependant, un diagnostic d'énurésie est compatible avec ces conditions si l'incontinence urinaire était régulièrement présente avant l'apparition de l'affection médicale générale, ou si elle persiste après la mise en place d'un traitement approprié.¹

Le diagnostic différentiel se pose essentiellement à l'incontinence diurne qui traduit l'existence d'une lésion organique, mécanique, nerveuse ou inflammatoire.

Il ya énurésie quand l'énurésie est involontaire et inconsciente, il ya incontinence quand l'émission d'uriner est involontaire main consciente, dans ce dernier cas les effets du malades pour retenir restent vains et les mictions sont anormales.²

- Affection urologique : l'interrogatoire permet de retrouver des anomalies mictionnelles, difficultés de départ, effort mictionnel, dysurie. Au moindre doute, il faut demander des explorations urologiques.
- Affection neurologique et / ou neuromusculaire.
- Epilepsie nocturne : beaucoup plus exceptionnelle, dont les crises passent inaperçues et qui se révèlent que par les mictions accompagnant les crises. Un EEG au besoin pendant le sommeil viendra lever le doute.
- Autre pathologie organiques : polyurie des maladies métaboliques.³

5-Elément clinique

Dans le début il s'agit le plus souvent d'un garçon ou fille amené en consultation en raison de l'absence d'un contrôle mictionnel nocturne ou diurne dans des âges différents.

Toutefois à l'examen, nous pouvons grossièrement et en pratique opposer deux types de contacts avec l'enfant :

- celui-ci est actif, intelligent, veut guérir et accepte l'aide qu'on lui offre.

¹ GUELFY (J. D) et al, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 2003, p140.

² AJURIAGUERRA (DE. J), op.cit, p 306.

³ <http://psychiatrie-free-h.fr/pédopsychiatrie/écrite>.

- au contraire, on est en présence d'un enfant passif, craintif, dépendant de son entourage lequel a d'abord besoin de réassurance. Il est nécessaire de faire un entretien particulier pour gagner la confiance de l'enfant.¹

Une analyse précise des symptômes est imposé où en reprend l'histoire de l'enfant et les conditions de son apprentissage du contrôle sphinctérien et de son développement psychomoteur.

L'évaluation de la relation de la famille de l'enfant en vers le symptôme est très importante qui peut être variable aussi pour comprendre sa place et son sens.

L'entourage a aussi se place et sa réaction à propos ce symptôme allant d'une punition, culpabilisation. On citant lavage de ling, expression des draps du voisinage.

L'énurésie a toujours un retentissement psychologique important. La plupart des enfants se sentent ainsi honteux et perdent leur confiance en eux. Or cela handicape bien souvent la vie sociale.

6- Hypothèse et étiologique

L'étiologie de l'énurésie nocturne à donné lieu à la multiple polémique entre partisans de la primauté de quelque complexe psychologique, et le caractère secondaire du symptôme. Alors que d'autres insistent sur les conditions d'éducation et d'apprentissage de la propreté.

6-1- L'énurésie nocturne et l'approche psycho dynamique

L'approche psycho dynamique prend appuis sur des données issues des courantes théories psychanalytiques et fonde sur l'observation de cas qu'elle tente d'expliquer à partir des concepts analytiques.

L'énurésie nocturne prenant sa source dans la période prégénitale (fille et garçon) dominée par les relations avec la mère, qui peuvent alors être une manifestation de passivité de satisfaction des soins de la mère ou au contraire des manifestations d'activités et notamment agressive.

Une manifestation auto-érotique véritable équivalent masturbatoire et satisfaction de puissance qui pourra devenir ultérieurement satisfaction de puissance chez le garçon et activité revendicatrice du pénis chez la fille.²

¹ BERNARD (P), TROUVE (S), op.cit, p35.

² Ibid, p 34.

Pour un autre analyste, l'énurésie « représente un refroidissement du pénis, dont le feu se retrouve condamné par le surmoi ». Ou bien une tentative destructives : l'urine est considérée comme un fluide correctif et le pénis comme une arme dangereuse.

L'énurésie nocturne exprime une demande d'amour et d'être protégé et pourrait bien n'être qu'une façon de « pleurer par la vessie » comme une demande du soutien.¹

Au stade œdipien le signe de l'énurésie est une manifestation de la relation triangulaire du garçon avec le couple c'est-à-dire une persistance de l'aspect agressif à l'égard des parents, une équivalence de satisfaction génitale par une identification fantasmatique à la virilité du père, une réassurance devant les craintes de castration.²

C'est est une forme substituée de gratification de la sexualité génitale refoulée, par exemple l'enfant va dire à sa mère si je ne vais pas coucher avec vous j'emploierais mon pénis comme cela c'est-à-dire il va mouiller son lit. S'il ne peut pas les attaquer de face par ce qu'ils sont plus fortes, il va les embêterai de cette manière.³

On concluant l'énurésie peut être une manifestation névrotique d'une intense agressivité défensive, l'enfant peut se sentir menacé par une colère intérieure dont il se défend comme il peut à l'occasion de ses rêves ou des cauchemars. Ces cauchemars peuvent revenir répétitivement par le fait d'uriner. Elle représente sa propre agressivité qui se transforme en terreur nocturne.

L'enfant quand t-il se mouille, il se défend de ce qu'il ressent comme un danger qui vient de l'extérieur. En se mouillant, ce sont ses parents qu'il attaque, ses parents de la chambre à coucher dont l'intimité le rend terriblement jaloux. Ces pulsions agressives à leur égard sont liées à son conflit œdipien. En même temps l'enfant énurétique aime et il admire son père et il est terriblement jaloux parce qu'il possède la mère dont il s'est senti longtemps le possesseur exclusif. Il peut très bien utiliser son énurésie pour faire irruption dans la chambre des parents en pleine nuit.⁴

¹ EYSENCK (H. J), op.cit, p 34

² BERNARD (P), SIMONE (T), op.cit, p 33.

³ EYSENCK (H. J), op.cit, p 33.

⁴ www.ecole-psychoanalytique-lr.com/textes/série-maman-j-ai-peur-D-Vincent-2.htm.

6-2- L'énurésie nocturne et l'approche cognitive comportementale

Dans cette perspective, la petite enfance est une période pendant laquelle l'enfant doit acquérir un nombre considérable de compétence essentielle au développement de son autonomie, parmi lesquelles l'apprentissage de la propreté.

Les troubles sphinctériens sont la conséquence d'un apprentissage développemental qui, chez certains enfants n'a jamais été fait ou fait complètement, en raison que les parents n'ont pas donné à l'enfant les moyens nécessaires à cet apprentissage. Les parents n'encouragent pas leurs enfants, des fois accompagner par des critiques répétées.

L'enfant lui-même a des difficultés qui rendent cet apprentissage difficile, ou dans certains cas ces facteurs se recourent et s'aggravent mutuellement.

Les comportementalistes pensent que l'anxiété est un sous-produit de l'énurésie, de la réprobation qu'elle entraîne, des moqueries, des difficultés de l'enfant vis-à-vis des compagnons de même âge.¹

Cette approche bénéficie d'un appui scientifique important, qui provient avant tout d'études d'intervention montrant que les troubles du contrôle sphinctérien peuvent être traités avec succès à l'aide d'une approche comportementale.

7- Le traitement de l'énurésie nocturne

Quelque soit l'origine, le traitement de l'énurésie nocturne est nécessaire. Il ne peut se faire sans la compréhension des parents et la participation active de l'enfant. L'enfant doit participer à sa propre guérison, même si que l'énurésie est bien tolérée par la famille. L'enfant est souvent

7-1 traitements pharmaco thérapeutiques

Tous traitements ont ces propre succès considérable. Les plus utilisés on trouve :

- **Desmopressine ou DDVP (Minirin®):** les enfants qui une polyurie nocturne a été confirmée répondent généralement à la desmopressine (DDVP) comme traitement de première intention. La DDVP est un non peptide synthétique analogue de l'hormone antidiurétique qui diminue la production d'urine. Le traitement est efficace après quatre semaines chez 60% à

¹ DUMAS (J. E), op.cit, p 427.

70% des enfants. Comme certaines réagissent plus tardivement, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant trois mois avant de procéder à une nouvelle évaluation.

On obtient des meilleurs résultats thérapeutiques chez les patients de 8 ans et plus qui ont une bonne capacité vésicale. Prescription le soir au coucher en pulvérisations nasales (de 10 à 40 µg), une ½ heure avant le coucher, pendant 1 à 3 mois de manière continue ou intermittente. Si le traitement est efficace, on suggère une interruption d'une semaine tous les trois mois pour voir si le problème revient, le taux annuel de guérison chez les enfants traités pendant une période prolongée est de 30% à 35%.

Le comprimé n'est pas toujours facile à avaler et doit être pris avec une certaine quantité de liquide, ce qui va à l'encontre de la restriction liquidienne au coucher. Une nouvelle forme à désintégration orale est maintenant offerte. Sa biodisponibilité est de 60% supérieure à celle du comprimé, sa durée d'action est plus courte (de 7 à 11 heure).¹

La desmopressine est généralement bien tolérée, les effets indésirables les plus fréquents étant les céphalées et les symptômes gastro-intestinaux. Il faut mettre les parents en garde contre les risques d'hyponatrémie associée à une intoxication à l'eau et insister sur la restriction hydrique au coucher.

- **Les antidépresseurs tricycliques imipraminiques (Tofranil®, Anafranil®) :** L'imipramine (un antidépresseur tricyclique) parmi ces dérivés vésicvés Tofranile donne rapidement de bons résultats chez plus de la moitié des enfants. Toutefois, moins de 20% des ces derniers restent continent la nuit dans les six mois suivant l'arrêt du traitement. L'effet thérapeutique est attribuable à des mécanismes anti cholinergiques et sympathicomimétiques sur les muscles lisses, qui diminueraient l'activité du détrusor et augmenteraient la capacité vésicale. Les doses prescrites par voie orale sont 25mg pour les enfants de 6 à 12ans et 50mg pour les adolescents de plus de 12ans. On invoque aussi un effet central noradrénergique facilitateur de l'éveil nocturne et de la sécrétion de vasopressine.

Parmi les effets indésirables, on note la labilité affective, l'irritabilité, l'anxiété des problèmes de sommeil, des céphalées et des modifications de l'appétit.

- **L'Oxybutynine (Ditropan®) :** à cause de ses propriétés anti cholinergiques et de relaxation des muscles lisses l'oxybutynine est surtout utilisée dans les cas d'énurésie causée par l'hyperactivité du détrusor. Elle peut aider un enfant dont la capacité vésicale est restreinte à la suite d'une hyperactivité du détrusor durant la nuit.

¹ BONNIN (A. B), les hauts et les bas de l'énurésie nocturne, *in le 11^e annuaire Québec*, Québec, volume 43, numéro 11, 2008, pp 75-76.

Les effets indésirables consistent principalement en une sécheresse de la bouche, des vertiges et de la constipation, cette dernière aggravant l'hyperactivité du détrusor. L'association avec la desmopressine est utile chez les enfants qui n'ont pas répondu à la desmopressine seule à cause d'une capacité vésicale réduite.

Les effets indésirables consistent principalement en une sécheresse de la bouche, des vertiges et constipation.¹

7-1 traitements psychanalytiques

Le traitement est de longue durée, implique une enquête dans l'inconscient du patient à l'aide de l'interprétation des rêves, de l'association verbale, et d'autres méthodes compliquées, et prend en considération beaucoup d'aspects de la personnalité de l'enfant.

La psychothérapie analytique permet de rechercher et de mettre à jour s'il y'a lieu, le traumatisme au symptôme et tente de lui faire accepter les vérités, non sans les présenter sous le meilleur aspect. Elle met à découvert les mécanismes de défense mis en œuvre par le moi pour lutter contre l'angoisse et permet au Moi de se libérer des entraves qui gênent son action volontaire et sa maturation. Cette restructuration dynamique de la personnalité de l'enfant amène la disparition du symptôme ou sinon sa diminution. C'est une psychothérapie relativement courte, la personnalité de l'enfant étant moins bien structurée que celle de l'adulte et les racines des problèmes en causes moins profondes.²

Il n'y a pas un doute que les enfants traités ainsi pendant des années présentent souvent une amélioration, et beaucoup d'entre eux en sortiront guéris. Mais ce n'est pas test très valable, et la plupart des enfants énurétiques finissent par se guérir d'eux même en grandissant.³

Cette thérapie a révélé un comportement passif chez les garçons et actifs chez les filles. Ces comportements étaient des techniques de défense contre l'anxiété, chez le garçon contre la peur de la femme qui devient davantage, chez la fille contre l'homme activement destructif. La passivité protège le garçon, et son énurésie est un symptôme. Pour la fille, l'activité la protège contre les attaques de l'homme et l'acte d'uriner est conçu comme un processus actif destructif.

¹ BONNIN (A. B.), Les hauts et les bas de l'énurésie nocturne, Québec, 2008, pp72, 75.

² MANAI (A), « l'énurésie et ses thérapies », *in Al Tawassol*, n°24, 2009, p 11.

³ Eysenck (H. J), *op.cit*, p 34.

7-2 traitement comportemental

Cette approche bénéficie d'un appui scientifique important, qui provient avant tout d'études d'intervention montrant que les troubles du contrôle sphinctérien peuvent être traités avec succès à l'aide d'une approche comportementale.

Le premier objectif de la thérapie comportementale est de dédramatiser la situation. En informant les parents et l'enfant du caractère bénin du phénomène, de sa fréquence, de son évolution, du non culpabilité de l'enfant. Le deuxième objectif est de rendre l'enfant responsable de la prise en charge de son problème.

Cela peut passer par la prise en charge maternelle des conséquences de son énurésie (toilette), par la tenue d'un calendrier des accidents et des nuits sèches, en mettant en valeur les succès et par une prise de conscience de son contrôle mictionnel diurne (déclenchement mictionnel volontaire en dehors du besoin).

Le calendrier mictionnel dérivé de la méthode de Frewen. Il consiste pour l'énurétique, à noter les éventuels accidents diurnes et nocturnes pendant quatre 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 met un soleil lorsqu'une miction au lit a eu lieu. L'analyse statistique avec l'enfant de ce calendrier permet d'améliorer la relation enfant-thérapeute qui reste acteur et interlocuteur de son traitement.¹

Le traitement par conditionnement des alarmes, une méthode la plus utilisée dans 50 dernières années, sa théorie repose sur le conditionnement de type Pavlovien. Il a été décrit de façon magistrale par les époux **MOWERER** en 1938. Mais c'est probablement à **NYE** qu'il faut attribuer l'idée originale du pipi-stop.

La première description du pipi-stop sa forme actuelle date de 1904, quand un médecin allemand imagina un lit équipé d'un matelas avertisseur pour signaler aux infirmières que l'enfant venait de mouiller son lit.²

En 1907, Pfaundler a inventé le premier dispositif d'alarme pour la prise en charge de l'énurésie nocturne. Ce dispositif d'alarme contre l'énurésie vise à enseigner à l'enfant à réagir à une vessie pleine pendant son sommeil. L'alarme retentit lorsque l'enfant commence à uriner. Elle peut lui apprendre à se réveiller au son de l'alarme puis, par approximation, à associer son réveil à la sensation d'une vessie pleine.³

¹ DENTZ (J), *L'énurésie bilans et rééducation*, Paris-Stains, Clinique de l'Estée, p07.

² COUCHAT (P), *Enurésie et troubles mictionnel de l'enfant*, Paris, Elsevier, 1997, p27.

³ <http://www.cps.ca/Français/enonces/CP/CP05-02.htm>.

L'espoir est que l'enfant sera ensuite capable de se réveiller lors de la distension vésicale avant la miction, l'enfant se réveille débranchant l'alarme, va aux toilettes et retourne se coucher. Certains enfants trouvent des difficultés en début de traitement (ne pas se réveiller, et resomnolent pour aller aux toilettes), pour ces raisons cette méthode est recommandée à partir de 7 ans.¹

Les résultats sont moins bons chez les enfants et les familles stressées. Ils sont meilleurs quand l'enfant et la famille sont motivés.

La relaxation et la Sophrologie, ces méthodes peuvent exceptionnellement être indiquées en cas d'énurésie accompagnées d'anxiété et de troubles du comportement. Elle améliore toujours la prise en charge de conscience du schéma corporel.²

Conclusion

L'énurésie nocturne désigne familièrement faire pipi au lit dont les causes peuvent être multiples et divers où le côté psychologique est bien expliqué. Elle a prité beaucoup d'explication, c'est un symptôme où l'enfant peut le considérer comme un outil pour, qu'il manifeste ses propres demandes et désirs. Elle reste toujours l'un des sujets qui nécessite une intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

¹ LABAT (J. J), Les thérapies comportementales dans l'énurésie, Constat, 1996, p 01.

² DENTZ (J. P), L'énurésie bilan et rééducation, Paris-Stains, Clinique de l'Estée, p 06.

Chapitre II

L'enfance

Chapitre II : l'enfance

La période que nous allons maintenant étudier est appelé par les psychanalystes période de latence. Précédé par le complexe d'Œdipe. Cette période est la plus longue de l'enfance et s'étend de l'âge de six ans à onze ou douze ans. Elle est marquée par la rentrée à l'école qui est un investissement particulier mis par l'enfant sur les activités intellectuelles mais surtout sociales.

1- Définition de l'enfance

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque la connaissance et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières.¹

L'enfance est la période de l'humanisation de l'individu, de l'apprentissage de la nature humaine cet apprentissage est long. Il l'est autant plus que le niveau adulte à atteindre est plus complexe et plus évolué. Elle est en réalité la voie ouverte aux réalisations les plus inattendues et les plus merveilleuses d'un psychisme humain dont nous ne soupçonnons peut-être pas la richesse et les possibilités.

L'enfant est défini par son état de dépendance et ses fonctions souvent serviles. Il reste longtemps un être qui se ne suscite que peu d'intérêt, un état transitoire, cela s'explique certainement par l'importance de la mortalité infantile faisant que les parents ne s'attachent pas excessivement à leur progéniture.

L'enfant est évoqué dans la philosophie parce qu'il fournit le contre exemple de raison. Chez Descartes le règne de l'erreur, la raison chez l'enfant est potentielle mais voilée endormie.

Jusqu'à 19^{ème} siècle, les sociétés occidentales ont traité comme tels, plutôt que comme des personnes ayant des compétences et des besoins affectifs, cognitifs et sociaux particuliers qui évoluent encore de développement.²

Pour **A. Gesell**, l'être humain a besoin d'une longue période pour comprendre et assimiler les structures culturelles complexes auxquelles il devra s'adapter.

¹ SILLAMY (N), Dictionnaire de psychologie, Paris, Paris, 2003, pp97, 98.

² DUMAS (J. E), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Bruxelles, De Boeck, 2002, p11.

Dans cette période dynamique et d'une extrême richesse, où la croissance se fait dans les domaines à la fois, on distingue trois grands stades que les pédagogues avaient déjà remarqués. La première enfance jusqu'à 3ans, la deuxième enfance, de 3 à 6ans ou sept ans, et la troisième enfance qui se termine par la puberté.

Le sevrage est un des premiers faits psychologique qui lui permettent de se différencier de sa mère et de prendre une meilleure conscience du réel.

L'enfance ne doit pas être définit négativement dans le sens où on dit que l'enfant est celui n'a pas atteint l'âge adulte et il n'a pas ceci et cela, mais comme une période nécessaire de développement de l'espèce humain.¹

2-Le développement de l'enfant de 6ans à 12ans

2-1-Le développement moteur et intellectuel

2-1-1-Le développement moteur

Ce développement est important chez l'enfant, ces périodes de la vie sont considérées comme celles où les acquisitions sont les plus nombreuses. Ce développement ne peut se faire que suivant un mode interactif entre ses différentes composantes et avec l'environnement relationnel de l'enfant.

Les progrès de l'enfant de 6 à 12ans se manifeste de plusieurs complémentaires :

La coordination des mouvements augmente (maitrise de l'écriture, manipulation de certain outil, exécution de certain mouvement gymnique).

La force s'accroit pendant cette phase de façon considérable (le gout pour les yeux violents), la rapidité, la précision, l'endurance se développent d'une manière très marqué (jusqu'à 13-15ans et se manifestent dans les jeux de compétition).

La période de 6 à 12ans est l'âge scolaire, la vie en groupe prend une importance croissante. La possibilité motrice permette aux enfants (garçons notamment) de se mettre en valeur, de se mesurer à des rivaux.

On trouve aussi la maitrise du temps et d'espace :

¹ GILBERT (R), Psychologie et éducation de l'enfant, Paris, Fleurus, 1971, pp13-14.

Le temps : L'enfant vivait auparavant le temps en fonctions des situations affectives aux qu'elles il était confronté, avec l'ouverture sur le monde l'enfant doit maitriser son propre temps en harmonie entre ses rythmes biologique, psychologique et le rythme scolaire.

L'espace : L'enfant a besoin au cour de cette période d'espace qui sont pour lui des lieux d'autonomie (chambre, espace de jeu,...). Ce souci d'indépendance lui permet de comprendre la répartition social de l'espace, il ya des lieux qui sont les siens et les lieux des autres qu'il faut respecter.¹

2-1-2-Le développement cognitif

Cette période se caractérise par une mutation cognitive favorisée par le passage d'une vie essentiellement affective à une vie plus riche du point de vue de l'intellectuel. Son monde qui n'était que de perception et de sensation va devenir plus rationnel et conceptuel.

Pour **PIAGET** cette période qui l'appelle stade des opérations concrète, on observe d'importance habilité intellectuelle, les enfants sont maintenant capable d'appliquer les opérations aux objets concret et dont l'acquisition de deux concepts important :

- La réversibilité : capacité à pouvoir renverser l'effort d'une action ou d'une opération mentale.
- La conservation : capacité de reconnaitre qu'une quantité un poids ou un volume donné demeurent constant malgré des changements de formes, de longueurs ou de position parmi les autres acquisitions de ce stade, l'enfant adopte le point de vue des autres, classer les objets en série, une compréhension des concepts relationnel fondamentaux ; mais tous cela doit se faire avec support physique réel où l'enfant il n'est pas capable de pensée abstraite.²

A partir de 7ans l'enfant devient capable de se décentrer de son seul point de vue en coordonnant plusieurs autres et en tirant les conséquences. Il devient capable de se libérer des aspects successifs de ses perceptions pour distinguer, à travers le changement, ce qui est invariant.

Sa logique est une logique de classification, il organise le réel selon un ordre rationnel, ce progrès se font en deux étapes :

¹ PARENT (G), CLOUTIER (P), Initiation à la psychologie, Québec, Beauchemin, 2009, p71.

² RENAULT (A), Psychologie et développement de l'enfant, Pays de la noire, CEMEA, p18

- De 5 à 9ans la période de la **logique concrète** : l'enfant est capable de classer des objets selon un ordre rationnel, mais il doit toujours avoir un donné concret sous les yeux. Il parvient à classer des objets en fonction de leurs formes, leurs couleurs, leurs taille, ...).

A partir de neuf (9) ans, l'enfant se détache du donné concret, il mettra en œuvre une logique qui ne concerne plus seulement le réel, mais ce que l'on peut imaginer grâce à des raisonnements hypothético-déductifs de la forme « si..., alors... » . Il peut donc faire véritablement des mathématiques et accède à la logique formelle.

Pour **WALLON** c'est la période catégorielle qui commence avec une activité comparative on analysant les choses, l'enfant arrive à en abstraire la qualité des choses qui permet de les regrouper, de les catégoriser, de modifier des catégories antérieures, la pensée devient plus abstraite.

Le champ social permet à l'enfant de prendre conscience de sa propre pensée, de celle d'autrui et de prendre en compte le point de vue des autres ainsi que les sentiments. Cela se produit par un enrichissement des échanges sociaux extra-familiaux, par la possibilité de véritables collaborations et coopération de groupe, par une complexification de jeu. Ainsi l'école qui contribue simultanément au progrès de la décentration intellectuelle et socio-affective

2-2-Le développement affectif

Le développement affectif est caractérisé par la période de latence, qui est une période conflictuelle se situe entre sept (7) à douze (12) ans. Dans cette période le développement sexuel subit un temps d'arrêt ou la plupart des événements et tendances psychique antérieures à la période de latence, sont alors frappés d'amnésie infantile et tombent dans l'oubli.¹

Selon **LAGACHE**, cette période correspond à une décroissance de la poussée pulsionnelle déterminé par la culture plutôt que par la croissance biologique. L'enfant développe contre les pulsions les dignes de la mortalité.

Selon **FREUD** le développe dans cette période se distingue par l'absence d'investissement de l'enfant dans une zone érogène particulière. Il s'agit d'une période de repos pendant laquelle l'enfant se détourne des préoccupations d'ordre sexuel. Si l'enfant a résolu son complexe d'Oedipe en s'identifiant au parent de même sexe, il bénéficie

¹ THONG (T), Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie, Sorbonne, Librairie philosophie Vrin, 1992, p117.

maintenant d'un surmoi qui le rend plus conscient des règles sociales. Ainsi de faciliter le respect des règlements et de la discipline inhérents à la vie scolaire, l'identification peut en outre favoriser la motivation scolaire de l'enfant puisque l'enfant voudra dans son entré à l'école suivre les traces des parents.

ERIKSON considère les années scolaires comme calme sur le plan affectif. Il met l'accent sur la maîtrise de l'habilité qui servira à l'enfant dans un contexte scolaire. Pour lui entre six et onze ans se produit la quatrième crise celle de travail versus infériorité. A cet âge, l'enfant doit faire l'apprentissage des tâches qui sont requises dans sa société d'appartenance en fournir un travail productif.

L'enfant résout cette crise, il développe une qualité particulière la compétence où il va comparer ses propres compétences avec celle des pairs. La comparaison sociale inhérente à cette période peut mener l'enfant à développer un sentiment d'infériorité vis-vis des ses pairs.¹

2-3- Le développement social

L'enfant dans son passage de l'égoïsme à la réciprocité, la sociabilité s'élargit dans la phase de latence dans lequel l'enfant est entré par son renoncement au complexe d'œdipe, et son insertion symbolique dans la famille. Les éducateurs à leurs tours par l'apprentissage de la règle dans le jeu que l'enfant partage avec ses amis, il se prépare à être un membre à part entière de la société, apprenant à régler sa rivalité et sa coopération.²

L'enfant va se socialiser progressivement grâce à des échanges de plus en plus nombreux et complexe avec l'entourage, tout à la fois cause et effet, de la maturation organique et de développement intellectuel et affectif. Où on peut relever deux groupes :

Socialité : L'enfant présente à partir de 6 ans des comportements socialisés : respect des autres, conscience de leurs qualités, collaboration, préoccupation d'autrui... Vers 8 ans, l'enfant passe de l'égoïsme) l'aptitude à se mettre à la place de l'autre dont il commence à saisir les intentions. A 10 ans, la coopération et l'autonomie existent, l'enfant dénonce la tricherie, le "soufflage", le mensonge, il a le sens de la justice.

¹ BEE (H), BOYD (D), Psychologie de développement : les âges de la vie, France, De Boeck, 2003, pp 231-232.

² CHAZAUD (J), Précis de psychologie de l'enfant, Paris, Dunod, 2005, p 76.

Age du groupe social (âge de la bande) : l'enfant mène entre 10 et 12-13 ans une vie sociale intense. C'est l'âge où chacun donne au groupe tout ce que le groupe attend de lui. Les groupes se forment avec des règles à respecter par tous et possibilité d'exclusion si pas respectées.

Une constatation faite par **FROYLAND-NIELSEN** où il a démontré que les enfants pris en groupe entre cinq ans et demi et six ans et demi, 60% des enfants s'occupent encore isolément, les interactions n'ayant que le caractère occasionnel, entre six ans et demi et sept ans et demi, par contre tous les sujets de groupe travaillent en association. C'est à 7ans que les enfants tendent à se regrouper et qu'ils expriment le désir de jouer ou de travailler avec les autres.¹

Donc l'esprit de collectivité apparaît les jeux et les travaux par groupes deviennent possible, les règles s'admettent et la collectivité apporte ses impératifs qui sont séparés, les jeux s'organisent, filles d'un côté garçon de l'autre. Il arrive à 11ans à la perfection de l'enfance c'est ce qu'on appelé l'enfance adulte. Entre 11 à 12ans l'enfant est sensible au concept de liberté et manifeste ses premiers désirs d'indépendance. Il se plie à la discipline des groupes et porte des jugements sur les adultes (les filles plutôt que les garçons).²

L'enfant maintenant prend connaissance qu'il n'est qu'un enfant au sein d'un groupe et un entourage qui l'aide à s'en convaincre et qu'il n'est pas le centre du monde, c'est pour ça à tous moments il cherche des occasions pour se montrer grand auprès de ses pairs. Mais aussi auprès des petits où il va les dominer, de chercher avec eux à imiter les aînés de ce monde enfantine. L'enfant désire toujours agir par lui-même, se débrouiller seul, et excluant même dans une certaine mesure l'adulte dans son activité, d'un autre côté, se manifeste une tendance inverse à la dépendance sociale, il cherche à attirer l'attention de ses pairs par la taquinerie et l'exhibitionnisme de se rendre intéressant et de s'imposer à eux. En effet la composition du groupe reste fluctuante, car les camarades sont les éléments nécessaires à l'activité de l'enfant et à son affirmation.

¹ OSTERRIETH (P), Introduction à la psychologie de l'enfant, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2004, p118.

² ROGER (G), Psychologie et éducation de l'enfant, Paris, Fleurus, 1971, p 157.

Chapitre III

Comportement social de l'enfant scolarisé

Chapitre III: le comportement social de l'enfant scolarisé

Nous présentons dans ce chapitre le rôle des pairs dans le développement social de l'enfant et les relations qui entretiennent entre eux, nous, le rôle du jeu dans les interactions sociales ainsi que le rôle de la famille dans sa présence à l'école, et on terminera par la présentation des difficultés et les conflits sociaux rencontrés dans ces relations.

1-Le rôle des relations sociales entre pairs dans le développement social de l'enfant

A l'âge de 2ans les interactions sociales impliquent d'autres enfants à 10%, tandis qu'à la période scolaire, la proportion grimpe à plus de 30%. Le nombre de pairs augmente avec l'âge ce qui va conduire l'enfant à développer sa compétence sociale, soit sa capacité à interagir avec autrui.

A son entrée à l'école, l'enfant arrive à développer le processus d'individuation c'est-à-dire de faire la distinction entre soi et autrui. Dont il peut vivre la séparation avec sa famille sachant qu'elle est momentanée. Sortant du groupe familial pour s'intégrer dans des groupes sociaux, l'école en particulier. Les relations entre enfants vont s'intensifier dans ces années de scolarisation puisque l'école prend en quelque sorte le relais de la famille comme agent de socialisation. L'enfant va diminuer son égocentrisme pour qu'il favorise l'ouverture aux autres. ¹

Pour **VYGOTSKY** le rôle des interactions sociales dans le développement, soit des interactions entre enfants qui permettent le partage, soit des interactions avec un adulte, en général plus compétent, qui lui permet par ses interventions et sa présence, d'exploiter au mieux ses capacités cognitives.²

La société des pairs prend au moins autant d'importance que la famille qu'elle peut même éclipser le souci majeur de l'enfant est de retrouver constamment ses copains, de rivaliser avec eux, de s'affirmer parmi eux. Le regard des pairs prend de plus en plus d'importance, à leurs présences l'enfant confronte ces propres valeurs à celles de ses pairs. Cette comparaison avec d'autres enfants du même âge lui permet aussi de juger ses propres

¹ TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), Introduction à la psychologie du développement du bébé à l'adolescent, Paris, Armand colin, 2008, p 184.

² BEE (H), BOYD (D), Psychologie de développement : les âges de la vie, Bruxelles, De Boeck, 2003, p 159.

habilités de manières plus réalistes et d'acquérir une perception plus claire de sa propre efficacité.

Quand vient l'heure de l'école, l'enfant est généralement prêt à passer d'un mode dominant de communication dyadique, aux relations sociales plus conventionnalistes. Les enfants ont des activités de groupe, où il y a vraiment travail en commun, avec participation égale de chacun des membres du groupe : c'est l'âge de la coopération.

L'enfant qui peuvent le mieux prendre en considération la perception d'autrui sont souvent ceux qui présentent le plus de conduites affiliatives et sont perçus comme les plus populaires dans une relation sociométrique. Les enfants les moins populaire se partagent en deux groupes, les rejetés parce qu'agressif et les enfants isolés, sans attractivité ni rejet.¹

Le groupe de pairs joue un rôle sur la performance de l'enfant et provoque une compétition quand celui-ci valorise la réussite scolaire, l'enfant essaye de s'identifier à son propre va valoriser a son tour la participation à l'école. En outre, puisque les enfants similaires, les apprentissages nécessaires à la réussite scolaire tels que la persévérance, la détermination ou le dynamisme peuvent être imités par les enfants d'un même groupe.²

Les relations entre les pairs fournissent aussi des contextes dans lesquels les capacités d'auto contrôle peuvent être testées et perfectionnées. Elles comportent aussi des facettes multiples les enfants vivent des interactions entre pairs en participant à des activités de groupes, ainsi grâce à leurs associations dyadiques avec leur amis.

On considère que ces différentes facettes des expériences entre pairs procurent des occasions développementales reliées à l'âge pour construire de soi. Les expériences de groupes de pairs prennent progressivement de l'importance et culminent au milieu de l'enfance, avant de laisser la phase aux amitiés, qui constituent la caractéristique la plus importante à la fin de l'enfance et à en l'adolescence.

Avec leurs amis, les enfants apprennent à communiquer et à coopérer. Selon **SELMAN.A** la plus part des enfants à l'âge scolaire se situent au stade de la coopération réciproque ou au stade de la relation mutuelle et intime. Les enfants d'âge scolaire peuvent distinguer un meilleur ami d'un bon ami ou d'une connaissance en se basant sur l'intimité de leurs relations et sur le temps qu'ils passent ensemble.

¹TOURRETTE (C) et al, Psychologie pour l'enseignant, Paris, Dunod, 2010, p 21.

²BEE (H), BOYD (D), op.cit, p239.

Une étude québécoise confirme que ces différences sexuelles s'amorcent dès l'âge scolaire et se maintiennent jus qu'à l'âge adulte. Chez les garçons leurs relations est caractérisée par des activités communes (sorties, activités sportives), tandis que les filles fondée sur l'échange de confiance et sur le soutien mutuel.¹

2- Le rôle de jeu dans le développement social de L'enfant

Depuis que le monde est monde, les hommes et certains animaux jouent. Le jeu est l'expression de notre manière de vivre et révélatrice de bien des choses. Le jeu est une activité normale de l'enfant, où il joue non pour un résultat mais pour jouer et conduit à une multiplicité d'expériences sensorielles, motrice, affectives, intellectuelles et sociales.

Le jeu est un besoin vital pour l'enfant et constitue tout à la fois un espace réservé à l'écart et l'une des institutions éducatives.

A l'âge scolaire le jeu constitue plus qu'une activité où règne le plaisir, mais bien un moyen pour l'enfant d'apprendre du monde qui l'entour, de soi et des autres.

Le jeu succède aux mécanismes d'investissement « transitionnel » qui s'effectuent, dès le plus jeune âge, dans la « zone intermédiaire » à l'accomplissement du désir et à la reconnaissance du réel, **WINNICOTT.W.D**, pause alors la productivité imaginaire au niveau d'une première symbolisation qui trouvera tout son sens dans les phénomènes d'imagination créatrice et d'invention dont le jeu représente la préhistoire nécessaire.²

CLAPAREDE.E insiste sur le rôle central dans l'activité et l'initiative de l'enfant. L'enfant pour se développer doit agir, d'où la place importante données par les nouvelles méthodes aux exercices physiques et aux jeux, ceux-ci ne sont pas considérés comme un simple délassement ou une détente, ils ont une véritable valeur éducatrice.

Dans le jeu, l'enfant se dépense et liquide de l'énergie psychique. Le jeu se situe dans un espace précis, il ya de jeu lorsque l'énergie psychique est insuffisante et lorsqu'il ya débordement par l'excitation. Le jeu pour l'enfant est un lieu naturel de l'élaboration des conflits indispensable au développement : conflit intra-personnel (de devenir grand) et conflit interpersonnel (avec les parents, les pairs, les adultes). Le jeu est un travail à partir

¹ BEE (H), BOYD (D), op.cit. p 242.

² CHAZAUD(J), Précis de psychopathologie de l'enfant, Paris, Dunod, 1997, p 47.

des conflits psychiques (libération, expression) pour les assumer un travail indispensable à la personnalité.

D'après **ERIKSON.E.H**, le jeu est une fonction essentielle du moi, il synchroniserait sous son mode les processus physiques et sociaux, en égard aux besoins de création et de consolidation de l'image de soi dans la préparation au rôle. ¹

Quand **WALLON.H** propose une définition complexe du jeu, selon lui « Le jeu se définit surtout par rapport à l'activité sérieuse, pratique...comme un renouvellement possible...des circonstances où doit se déployer l'activité. Il doit donner le sentiment d'une activité qui reste libre, qui n'est plus subordonnée aux contraintes extérieures. Au lieu de contraintes accidentelles, il lui faut des règles. »²

Dans le cadre de l'école quand on utilise les jeux, c'est parce qu'ils contribuent au développement de compétences disciplinaire de compétence transversales instrumentales (résolution du problème, perception) et de compétences transversales relationnelles (se mettre en projet, coopérer, s'affirmer).³

Les pairs ont en effet une fonction socialisante propre et distincte, notamment à travers le jeu. A travers eux et dans des situations ludiques, l'enfant apprend à respecter les règles du jeu, à s'affirmer, à discuter, à exprimer ses émotions, à développer une intimité, à mieux se définir, à réfléchir. Le jeu s'avère donc un terreau fertile pour le développement de sa compétence sociale.

ELKIND signale que le jeu est plus qu'une activité où règne le plaisir, mais bien un moyen pour l'enfant d'apprendre à propos du monde qui l'entour, de soi et des autres à l'âge scolaire. Le niveau d'interaction sociale dans le jeu augmente significativement avec le l'âge.

SMILANSKY relève quatre types de jeux : le jeu fonctionnel, le jeu de construction, le jeu symbolique et le jeu de règles.

- Le jeu fonctionnel : même si observé chez les enfants de 1-2ans, il peut aussi se manifester chez les enfants âgés entre 6 et 9ans renvoie aux mouvements simples et répétés, avec ou

¹ CHAZAUD(J), op.cit. pp 48-52.

²CARTRON(A), WINNYKAMEN(F), Les relations sociales chez l'enfant, Paris, Armand colin, 2004, p90.

³ BAIE(F), ' Les jeux à l'école : Chimère culturelle ou réalité ?', in *Analyse UFAPEC*, n° 5, Bruxelles, 2009, p09.

sans objet. C'est comme le cas notamment lors qu'on aperçoit des enfants courir dans la cour d'école.

- Le jeu de construction : est basé sur l'utilisation de matériels pour construire ou créer un objet, comme les jeux de blocs à assembler, le dessin et la pâte à modeler.
- Le jeu symbolique : permet à l'enfant de dépasser les frontières de la réalité d'exprimer des rôles qu'il sera éventuellement appelé à jouer, de dépasser les limites de la parole pour s'exprimer. Les interactions durent plus longtemps, les enfants sont plus nombreux à participer et s'engagent davantage, favoriser le développement d'imagination.
- Le jeu de règles : requiert la compréhension et le respect de règles. Il consiste en une activité impliquant des règles, une structure et un objectif comme la victoire.¹

PARTEN a ainsi élaboré une typologie qui tient compte niveau d'interaction sociale dans les types de jeu précédemment présentés. Il peut s'agir des jeux inoccupés, observateurs, solitaires, parallèles, associatifs, coopératifs et de compétition. A l'âge scolaire, les jeux coopératifs et de compétition prévalent, qu'ils soient de type fonctionnel, de construction, symbolique ou de règle. Dans **le jeu coopératif**, les enfants construisent le jeu ensemble autour d'un but commun, au fur et à mesure qu'il évolue. C'est leur collaboration qui mène le jeu à évoluer.

Le jeu de compétition place l'enfant dans une situation où il se mesure à lui-même ou aux autres, dans le but de faire preuve d'une plus grande habileté, et qui est important que ce jeu soit initié par les enfants eux même.²

Le jeu permet la socialisation mais aussi d'autres éléments comme : le self-control, la coopération, la communication, la solidarité, l'honnêteté, l'acceptation de situation d'échec, la patience, la participation, la tolérance, le goût de persévérer, l'autonomie...enfin, le jeu est un excellent moyen pour développer l'intérêt, la motivation dans un climat de détente. Le jeu permet d'être inventif, créatif et de mieux comprendre les situations de la vie courante.

¹ BOUCHARD (C), FRECHETTE (N) et col, Le développement global de l'enfant de 6 à 12ans en contexte éducatif, Québec, Université du Québec, 2011, pp138-139.

² Ibid. p141.

3- La relation famille école

Les parents semblent absents de cette société nouvelle qu'est l'école. Chez les parents, la scolarisation de l'enfant représente une remise en question de leurs problèmes personnels, ils peuvent ressentir la scolarisation comme une séparation un début d'autonomie de l'enfant. Comme les prémices de l'individualisation socialement acceptée ou bien un transfert d'autorité officiellement reconnu, la sociabilité nouvelle comme une atteinte de l'unité du cadre familiale.¹

La scolarité de l'enfant fait réveiller chez les parents leurs propres problèmes scolaires, ils vont projeter sur la vie de l'enfant leur insécurité et sur l'instituteur les difficultés qu'ils ont eux-mêmes en classe par rapport à l'autorité, avec réaction parfois agressives envers l'enseignant jugé trop sévère ou trop passif. La réussite de leur enfant est considérée comme c'est leur réussite, cette dernière est l'idéal du Moi, et l'enfant est l'instrument de cet idéal.

La relation entre la famille et l'école ont été mises en lieu avec les indicateurs de l'adaptation sociale des enfants, savoir les comportements agressifs pro sociaux et d'inattention. Des recherches ont montré que la représentation que les parents se font de l'école est associée de manière significative au comportement agressif et pro sociaux des enfants.²

La participation du parent à la vie scolaire diminue également les problèmes de comportements des enfants et augmente à la fois leur perception positive de l'école et leurs résultats scolaires. C'est pourquoi la communication entre la famille et l'école est primordiale. Une étude révèle que plus les parents font confiance à l'enseignant, plus ils ont l'occasion de parler avec lui des progrès de leurs enfants ou de leurs préoccupations à son sujet, plus l'enfant se sent à l'aise à l'école et plus il s'ajuste à son environnement.³

Les parents qui ont une représentation positive de l'école ont des enfants qui manifestent moins de comportement agressifs et davantage de comportement pro sociaux. La fréquence des communications entre les parents et l'école est également associée de

¹ DE AJURIAGUERRA (J), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970, p914.

² BERUBE(A), POULIN(D), « La relation famille école selon la perspective des parents et d'adaptation sociale des enfants présentant des difficultés de comportement », *in revue de psychoéducation*, n°1, volume 36, Montréal, Québec, 2007.

³ BEE (H), BOYD (D), *op.cit*, p 220.

manière significative aux comportements agressifs des enfants. Dans le cas où les parents communiquent davantage avec l'école ont des enfants moins agressif.

Miron note que les parents perçoivent plus favorablement le milieu scolaire lorsque les relations entre eux sont basées sur l'empowerment. Par conséquent les parents se sentent valorisés et respectés dans leurs apports avec l'école, les chances de réussite de l'enfant augmentent.

4- Les difficultés dans les relations entre les enfants

Les relations entre pairs jouent un rôle important dans le développement des enfants. Elles offrent des occasions uniques de prendre connaissance de normes sociales et des processus touchant les relations interpersonnelles.

L'enfant mal intégré dans le groupe de pairs se caractérise par des conduites parasites par rapport au déroulement des activités, liées souvent à une hyperactivité mal contrôlée, à de nombreuses agressions verbales ou physiques qui seront à l'origine de son rejet.

Malheureusement, ces dernières ne sont pas toujours salutaires pour l'enfant, entre 5 et 10% des enfants vivent des difficultés comme le rejet ou le harcèlement par les pairs. Au cours des 20 dernières années, de nombreuses recherches ont tenté de comprendre la nature, la signification et l'impact des problèmes relationnels entre enfants.

Les facteurs associés aux difficultés entre enfant est le comportement. Les enfants agressifs, hyperactifs ou renfermés socialement sont souvent confrontés à un plus grand risque de rejet par les pairs. La relation entre le comportement agressif et l'expression du rejet par les pairs peut varier en fonction du sexe, de la période de développement et du groupe de pairs.¹

L'association entre agression et rejet est plus marquée pendant les années préscolaire et scolaire. Les enfants agressifs peuvent aussi être plus populaires si le groupe d'enfant auquel ils appartiennent les comportements agressifs ou y est indifférent. Ainsi ils peuvent ne pas sembler avoir de difficultés à se faire des amis parmi des amis aussi agressifs qu'eux.

¹ BOIVIN(M), « Origine des difficultés dans les relations entre pairs pendant la petite enfance et l'impacte sur l'adaptation psychosocial et de développement des enfants », in *Ecole de psychologie et université Laval*, Canada, pp1-2.

Toutefois, c'est peut être davantage l'absence de comportement pro social, que la présence d'agressivité qui favorise le rejet par les pairs. Les enfants timides et renfermés socialement ont aussi des difficultés relationnelles avec leurs pairs.

Les relations problématiques entre pairs sont associées à une sous-performance éducative et à un faible rendement scolaire. Entre autre, le rejet par les pairs et les conflits avec eux peuvent anéantir la motivation des enfants à participer aux activités de la classe. A l'inverse, les enfants qui ont des amis dans la classe et qui sont acceptés par leurs pairs sont généralement plus motivés à participer.

4-1-L'agressivité

Le milieu scolaire constitue un des principaux environnements dans les quels les jeunes sont confrontés à la violence puisque c'est le lieu où ils passent la majeure partie de leurs journées.

En psychologie, l'agression fait l'objet de multiples définitions. Le terme d'agressivité recouvre toute forme de comportement ayant pour but d'infliger un dommage à un autre organisme vivant lorsque ce dernier est motivé par le désir de ne pas subir un traitement pareil.

L'agressivité est un comportement social, sa définition comme étant un comportement ne doit pas cependant oublier les conditions internes les sentiments agressifs et les pensées agressives. L'agressivité a souvent associée à une émotion négative (la colère), à une motivation (le désir de faire du mal) ou encore à des croyances négatives (le racisme, les préjugés). Il n'est nécessaire que l'individu soit en colère pour agresser, l'agression peut se produire au sang froid ou en plein éveil émotionnel.¹

Les enfants mal intégrés dans le groupe des pairs ne sont pas décrits seulement comme ayant des difficultés à communiquer mais ayant des conduites agressives à l'égard d'autrui.

On peut la définir comme un comportement dont l'intention manifeste est de blesser une autre personne ou d'abimer un objet. Les interactions agressives sont communes au début de l'enfance.

¹ PAHLAVAN(F), les conduites agressives, Paris, Armand Colin, 2002, pp 5-6.

Selon **DEBARBIEUX**, la violence dans les structures scolaires est influencée par les caractéristiques de la population qu'elles accueillent, notamment le niveau de scolarisation des parents, le revenu familiale, le type de quartier habité.

Certains auteurs se sont penchés sur les caractéristiques de l'école qui peuvent influencer la présence de violence. Ecole situées dans un milieu urbain dans un quartier défavorisé où plusieurs élèves ont des difficultés de réussite scolaire et s'absentent souvent de l'école et dans lesquelles les familles des élèves sont déstructurées.¹

Selon **TREMBLAY. R. E** les comportements agressifs sont plutôt après dans les 24 première moins de la vie. De plus un enfant d'âge scolaire qui présente des problèmes d'agressivité risque d'avantage de maintenir ces comportements à l'adolescence.²

Plusieurs études confirment que dans le cas où les garçons s'engagent dans des comportements d'agressivité directe en utilisant la force physique et les menaces dirigées ouvertement vers l'autre. Les filles adoptent plus volontiers des comportements de violence psychologique qui peut prendre la force de menaces indirectes, de manipulation ou d'attitudes de dénigrement.

Des études longitudinales portant sur la petite enfance ont démontré que les actes d'agression physique sont présents dès, l'âge de 18 à 24 mois et que la fréquence de ces actes à tendance à augmenter jusqu'à de 30 à 42 mois, pour diminuer ensuite progressivement. Ces résultats ont conduit **TREMBLAY** à conclure que contrairement aux croyances traditionnelles, les enfants n'ont pas besoin d'observer des modèles d'agression physique pour commencer à user de ce genre de comportement.³

L'agressivité est une préoccupation majeure en milieu scolaire et il est reconnu qu'elle se manifeste sous différentes formes. Comme l'intimidation, l'agression physique d'autres forme comme le dénigrement, le mépris et le rejet.

Si les enfants qui commettent des gestes de violence sont susceptibles d'être rejetés de leur group de pairs, les victimes d'intimidation et de comportement violents vivent de l'insécurité, du stress et de la solitude.

¹ BOUDREAU (G) et al, « la violence au milieu scolaire », in *ACELF*, Volume XXXII : 1-Printemps, Canada, 2004, p20.

²BEE (H), BOYD (D), op.cit, p 185.

³ Ibid. p186.

L'agressivité verbale serait la forme de violence la plus répandue dans les écoles et se manifesterait par des paroles blessantes, des menaces, du chantage, et de crise. Les enfants ont souvent une image positive de la violence et ressentent le besoin de dominer les autres.

4-2- La timidité

La timidité n'est pas une maladie, c'est un trait de personnalité qui touche beaucoup d'enfants. Jusqu'à 30% d'enfants et d'adolescents se disent timides. On parle de complexe, car ce n'est pas seulement la timidité qui est gênante, mais aussi le fait de se savoir timide et de ne pas s'accepter comme tel. C'est un trouble social lié à la présence et à l'attention d'autrui.¹

La timidité trouve ses racines dans l'enfance : des parents surprotecteurs, une éducation trop stricte ou trop autoritaire, un traumatisme, un divorce des parents vécu avec un sentiment d'abandon, un environnement familial écrasant un manque d'occasion de faire des nouveaux contacts.

Pour **FREUD.S** ces troubles psychologique seraient le résultat d'un désaccord entre les aspects fondamentaux de la personnalité (le ça, le moi, le surmoi), la timidité serait une réaction aux désirs primaires insatisfait du ça parmi ces désirs se trouve le désir œdipien. la timidité est marqué par l'inhibition dans un grand nombre de situations sociales qu'il évitera très souvent. Le timide réprime une foule de pensées, de sentiments, d'actes qui menacent continuellement de faire surface il est torturé par un sentiment permanent d'insécurité.

L'enfant timide adopte des comportements inhibés et évitant plutôt qu'affirmés. Il intervient moins dans un groupe, il se lie moins facilement, il est plutôt introverti. Il se sent facilement mal à l'aise et honteuse face aux moqueries. Il doute de lui, de son image, de son apparence, sensible aux critiques, et aux jugements des autres. Il rougit, peut être complexé, les situations où il peut se retrouver en difficulté sont de plus en plus nombreuses, parler en classe, fréquenter un nouveau groupe d'enfant, faire connaissance, il évite ses situations parce qu'il a peur de ne pas réussir et peur des conséquences.²

¹ SERVANT (D), L'enfant et l'adolescent anxieux : les aider à s'épanouir, France, Odile Jacob, Octobre 2005, p 76.

² Ibid. p 76

A l'école il sait moins bien se défendre et les autres en profitent. Il régit par le retrait et l'évitement, n'essaye pas de prendre la parole, il sait, mais il craint de ne pas être apprécié. Par conséquent il reste dans son coin, discret en classe. Il redoute le rejet l'humiliation, la honte, il observe plus qu'il participe, il a mal à exprimer ses sentiments à parler de lui.

L'enfant timide fait tout ce qui est possible pour s'efforcer de ne pas se faire remarquer, le bégaiement dans des situations où il se sent jugé, jusqu'à l'oubli manifesté lors de la récitation des leçons que le rejet à subir par les camarades lorsqu'il s'agit de répartir les rôles, par exemple pour une pièce à jouer entre camarades. Cette timidité à bien sur des rapports avec le sentiment d'infériorité dont nous venons de parler et les comportements réactionnels de l'enfant timide sont souvent comparable à ceux de l'obèse, il s'isole, se refuge dans la lecture.

Les psychologues ont longtemps suggéré que les enfants extrêmement timides et réservés courent un risque plus élevés d'avoir des grandes difficultés sociales à l'âge adulte et participe peu aux interactions verbales.¹

Parmi les causes permettant d'expliquer l'installation de la timidité, **HATENBERG** cite l'hérédité, les infirmités, la pauvreté, la laideur. C'est le résultat d'une éducation défectueuse de la part des parents qui, dans le but de faire respecter obéir, n'arrivent qu'à se faire craindre et détester. Récemment **KAGAN.J** a rattaché la timidité à l'hérédité d'une part, mais surtout à des influences prénatales (surmenage physique de la mère durant le début du développement vers la cinquième et la sixième semaine de gestation, favorisant une fragilisation nerveuse de l'enfant.²

Quand à **JUDET.G**, il a remarqué que l'enfant timide semble vivre une contradiction interne, et que l'origine de son trouble réside principalement dans cette contradiction. Elle voit que le timide est pris entre un besoin d'aimer, et d'être aimé, et crainte plus ou moins forte de voir ce besoin repoussé par l'autre. A lors que pour être aimé il faut agir, se montrer, parler, et pour aimer, il faut savoir s'oublier, ce que le timide ne peut pas les faire.

ELLIOT a comparé deux groupes d'enfants d'une école de la banlieue de Chicago un groupe timide et un groupe d'enfant à l'aise avec les autres. Il a remarqué que le groupe

¹ EMILIEN (G), *L'anxiété sociale*, France, Mardaga, Novembre 2003, p 17.

² JOLIBERT (B), *L'éducation d'une émotion ; trac, timidité, timidation dans la littérature*, France, L'harmattan, 1997, pp83-87.

des timides passe moins de temps à discuter à la maison en compagnie des parents. L'enfant s'enferme dans des jeux solitaires où la rumination mentale prédomine, des difficultés en niveau du langage, par manque d'habitude dans la communication, et se crée ainsi un véritable cercle vicieux, car la faiblesse verbale, en retour des difficultés supplémentaire dans la relation aux autres difficultés ne fait qu'accentué l'isolement.¹

Car l'enfant avant l'âge scolaire vit dans une grande liberté, soudainement il doit soumis au régime de la compétition et des concours dès son entrée à l'école.

4-3- L'hyperactivité

Depuis sa première apparition dans le manuel diagnostic des malades mentales, en 1968 le dossier touchant l'hyperactivité a fait couler beaucoup d'encre en Amérique du nord. Le trouble d'hyperactivité a non seulement suscité un intérêt constant chez les chercheurs, mais il représente toujours un problème d'actualité.

L'hyperactivité est définie par une agitation motrice excessive pour l'âge développemental, ses parents décrivent un enfant qui bouge sans cesse, ne peut rester assis durant le temps d'un repas ou d'un jeu, ne cesse d'aller et venir même devant la télévision, comme « monté sur ressort ». Les parents être contraints de limiter les sorties en famille. En milieu scolaire, il ne peut rester à sa place en classe, se lève au moindre prétexte, étire ses membres, se lève pour la ramasser, se retourne si un voisin émet un son, lui répond à haut voix, lors de la récréation, il se précipite comme une tornade, bouscule tout sur son passage, se met en danger physiquement.²

DESROSIERS et **ROYER** mentionnent qu'en milieu scolaire, les élèves présentant des caractéristiques liées a ce trouble éprouvent souvent de nombreux problèmes de comportement et d'apprentissage ainsi que des difficultés a entretenir des relations harmonieuses avec leurs compagnons et les adultes. Les études de **JUMEAU** et **BOUCHER** tendent à montrer que les élèves ayant ce trouble sont significativement plus nombreux que les autres à manifester des comportements colériques, agressifs envers leurs

¹ JOLIBERT (G), op.cit, p 110.

² VANTALON (V), L'hyperactivité de l'enfant, France, John Lebbey Eurotexte, septembre 2005, p16.

pairs. Ils ajoutent que s'ensuivent des situations de conflits, d'impopularité et de rejet de la part des pairs ainsi que de l'attention négative de leurs enseignants.¹

Une autre étude menée par **MONTGOMER** et **ALEM** sur des enfants francophones de deux provinces canadiennes, arrivent au résultat que 3% des enfants d'âge scolaire souffrent d'hyperactivité, que 20% à 30% d'entre eux ont des problèmes d'apprentissage.

En classe, l'enfant hyperactif ne tient pas en place, se tortille sur sa chaise, fait tomber dix fois par jour sa règle ou son crayon. Il a des difficultés à s'organiser et à planifier leur actions, à terminer leurs devoirs et a besoin d'un soutien spécifique dans la gestion du temps. Avec les pairs, l'enfant a des difficultés à faire comprendre ses intentions et ses sentiments et peut alors développer des comportements hétéragressifs. Il est fréquemment repéré comme le facteur de troubles. L'enfant perturbateur et rejeté. Du fait des réactions de rejet des pairs et de l'environnement et de l'échec scolaire, une mauvaise estime de soi et une faible tolérance à la frustration peuvent se développer et conduire à des affects dépressifs.

Afin d'ignorer les comportements inappropriés certains enseignants utilisent des phrases comme beau travail pour encourager l'enfant à reproduire un comportement correcte. Pour cela il est préférable que cet enfant soit assis proximité du bureau de l'enseignant ou en avant de la classe, afin d'être mieux surveillé et de favoriser sa concentration sur la tâche.²

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, le métier de l'élève est difficile, dès son entrée à l'école, il doit faire face aux exigences d'une socialisation nouvelle qui, à des degrés divers, diffère de ce dont il a fait l'expérience de son milieu familial. L'école est un lieu de concurrence et de rivalité entre enfant, où certains enfants peuvent développer des difficultés de comportement qui nuisent leur vie scolaire et leur rendement, et qui diffère d'un enfant à un autre

¹ ESSIAMBRE (L), CHEVALIER (N), L'hyperactivité au diapason de la musique et du français, Canada, Presse de l'université de Québec, 2009, p 04

² VANTALON (V), op.cit, pp123-124.

Partie Pratique

Chapitre IV

Méthodologie de recherche

Introduction

Le but de toute recherche scientifique réside dans la vérification des réalités et la découverte de nouvelles connaissances, en s'appuyant sur une méthodologie bien déterminée. Cette dernière qui va permettre au chercheur de rassembler des données de sa recherche, le choix de cette méthode est très important pour nous faciliter à faire une bonne démarche afin de collecter les données, les analyser et les interpréter.

Nous allons tenter de commenter dans ce chapitre les différentes étapes suivies dans le cadre de notre recherche en explicitant les points suivants : la méthode utilisée, le terrain de la recherche, ainsi que les techniques employées et la population d'étude.

1-la pré-enquête :

L'étape de la pré-recherche ou la pré-enquête est une étape importante. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet. Elle a pour objet de recueillir le plus de connaissances et d'informations sur le sujet à étudier.

Puisque notre thème d'étude est « énurésie et comportement social chez les enfants scolarisé », et dans le but de valider notre question de départ, afin d'aboutir à une question de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête au niveau de deux écoles primaire, où nous avons pu rencontrer les enfants énurétiques et avoir l'accord de l'administration et surtout les parents de ses enfants. On a consulté leurs dossiers médical en plus on a essayé de gagner leurs confiance afin de savoir si sont énurétique où le contraire, car certains hésitent et cachent par peur que ces camarades sachent et même on a cherché avec leurs enseignants sur leurs comportements dans la classe.

Durant cette pré-enquête, qui a durée 21 jours nous avons essayé de nous rapprocher plus à les enseignants, afin d'accueillir des informations liées à leur état psychique, et connaître leurs comportement durant les cours et avec leurs camarades de classe.

2-La méthode utilisée :

Comme notre présente étude vise à décrire les comportements social chez les enfants énurétique scolarisés, nous avons utilisé la méthode descriptive qui est selon

CHEHRAOULK, une méthode qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

La méthode descriptive consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existant entre eux.¹

Elle essaie de décrire les phénomènes tels qu'ils existent plutôt que de manipuler les variables pour les causes et leurs effets.²

C'est l'une des méthodes de recherche qualitative, qui est un ensemble des procédures pour qualifier un phénomène. Elles sont utilisées pour collecter et analyser les données. En psychologie, la méthode descriptive a pour objet de répertorier et de décrire systématiquement un certain ordre de phénomènes, d'établir des regroupements de données et des classifications, elle vise à décrire et même prédire le comportement d'un individu.

On a choisi parmi les méthodes descriptives l'étude de cas, qui est employé comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène complexe. « C'est une description détaillée d'une personne faisant l'objet d'une étude ou d'un traitement ».³

Elle ne procède pas seulement à la description de la situation et des signes présentés par le patient, mais tente surtout de restituer les caractéristiques individuelles du fonctionnement psychique. Elle permet d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux.

Elle consiste en une observation approfondie d'un petit groupe de sujets, voire d'un seul sujet. Une étude de cas décrit une situation problématique, l'effet d'un traitement présentant toutes les informations nécessaires à l'étude. Elle est utile soit pour explorer certaines un phénomène encore mal connu, soit pour palier certaines insuffisances

¹ GUIDERE (M), *Méthodologie de la recherche*, Paris, Ellipses, 2005, p29.

² TAVRIS (C), WADE (C), *Introduction à la psychologie: les grandes perspectives*, Bruxelles, De Boeck, 1999, p39.

³ Ibid, p 39.

expérimentales lorsque le phénomène est trop complexe pour pouvoir être reproduit par une situation expérimentale contrôlée.¹

3-Lieu de la recherche

Notre recherche a été effectuée au niveau de deux écoles primaires différentes d'une durée de deux mois et 11 jours.

2.1. Présentation des lieux de recherche

2-1-1-La première structure : l'école primaire d'AKABIYOU

L'école primaire frères chouhada LOULGJI se situe dans la commune de Timezrit dans une zone rurale. Elle se trouve à 1000 m (1km) du chef lieu de la commune et à 5 km de chef lieu de daïra et 45 km de chef lieu de wilaya, elle s'étend sur une superficiel de 3288m².

L'école primaire frère chouhada LOULDJI a été inauguré en 1900, date d'immatriculation le 08 /03/1977 sous le n° 12383.

L'école dispose des salles suivantes :

- 14 salles en total.
Dont 11 salles de cours et 03 transformée en cantine scolaire
- 277 élèves
- 02 bureaux (direction et secrétaire)
- 02 blocs sanitaires (filles et garçons)
- 01 magasin
- 01 cantine scolaire
- 05 logements de fonction

2-2-1-la deuxième structure : l'école primaire d'ELHAD

L'école primaire de BOUICHI se situe dans la commune de Timezrite dans une zone rurale. Elle s'étend sur une superficiel de 13824m².

L'école primaire BOUICHI est créée en 1949 par, les français, construite et transformé en caserne en 1952, dont ils ont utilisé trois classes pour l'enseignement pour les enfants des colons uniquement. Après l'indépendance est devenue une école primaire.

¹ NEVID (J), RATHUS (S), BEVERLY, Psychopathologies, France, Amazon, 2009, p17.

L'école dispose :

- 21 classes
- 457 élèves
- 21 enseignants
- Une cantine scolaire
- 02 bureaux (direction et secrétaire)
- 01 magasin

4- Population de recherche

Nous avons retenu pour critères de sélection de choix des sujets de recherches tous les enfants disponibles répondant à notre objet d'étude. Notre population d'étude donc est composée de 09 enfants énurétiques dont trois (03) filles et six (06) garçons.

4-1- les critères de sélection

La population visée par notre étude répond aux critères suivants :

- a- Des enfants âgés de 6ans et plus.
- b- Des enfants scolarisés.
- c- Des enfants présentant une énurésie nocturne.
- d- Des enfants des deux sexes (fille et garçon).

4-2- les caractéristiques de la population

4-2-1- les caractéristiques des enfants

Les caractéristiques des enfants de notre population d'étude peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Tableau n°1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des enfants

sujets caractéristiques	Lahna	Mounir	Nihade	Mina	Omar	Elias	Karim	Bilal	Younes
Classement dans sa fratrie	L'ainée	04	05	L'ainée	02	03	05	02	04
Nombre d'enfants dans la famille	03	05	06	04	05	06	06	03	05

Dans ce tableau on constate que notre population de recherche est constituée de (09) cas d'enfants, les quatre (04) cas (LAHNA, MOUNIR, NIHADE et MINA) ont été choisis à l'école Louldji situé à Akabiou et les quatre (05) autres cas (ELIAS, OMAR, YOUNES, KARIM et BILAL) au niveau de l'école Bouichi située à Elhadl.

Notre population est de sexe différent, dont quatre (4) filles et trois (5) garçons, la majorité des cas choisis sont des moyens frères de leur fratrie, composée d'une grande fratrie, à l'exception de deux (2) cas (LAHNA et MINA) qui sont les aînées.

4-2-1- les caractéristiques des mères :

Tableau n°2 : Tableau Récapitulatif des caractéristiques des mères

Sujets Caractéristique	Mère de Lahna	Père de Mounir	Mère de Nihade	Mère de Mina	Mère d'Omar	Mère d'Elia s	Mère de Karim	Mère de Bilal	Mère de Younes
Age	36	45	47	45	41	48	42	38	38
Niveau d'instruction	secondaire	secondaire	primaire	primaire	secondaire	aucun	primaire	aucun	aucun
Situation professionnel	Femme au foyer	enseignant	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer

On a fait l'entretien avec les mères des cas sauf avec Mounir c'était avec son père, il a préféré de faire l'entretien avec lui, car il enseigne dans la même école, donc il était à notre disponibilité.

A partir de ce tableau, on constate que la totalité des mères sont des femmes au foyer, leur âge se situe entre 36 ans et 48 ans et leur niveau d'instruction est varié : trois primaires, deux secondaires et trois sans aucun niveau d'instruction.

4-2-1- les caractéristiques des mères :**Tableau n°03** : Tableau Récapitulatif des caractéristiques des enseignants

sujets caractéristique	BACHIR	BOUALAM	YASSINE	MALEK
âge	40	45	43	50
Niveau d'instruction	secondaire	secondaire	Universitaire (diplôme de droit)	secondaire

A partir de ce tableau, on constate que seulement l'enseignant Boualam qui a un niveau d'instruction élevé que les trois autres enseignant où ils ont arrêté leurs étude au niveau terminal.

On a effectué l'entretien avec quatre (04) enseignants alors que nous avons neuf (09) cas, car avec chaque enseignant on a deux enfants. Les enfants (MOUNIR et LAHNA) avec l'enseignant BACHIR, (MINA et NIHADE) avec l'enseignant MALEK, (OMAR, ILIAS) avec BOUALAM, et (KARIM, BILAL et YOUNES) avec l'enseignant MALEK.

5- Les outils d'investigations

Afin d'être en contact direct avec la population d'étude, et de recueillir le maximum d'informations concernant notre thème et pour mieux cerner notre étude de cas, nous avons utilisé l'observation et l'entretien.

5-1- L'observation

Le premier outil utilisé est l'observation, qui est « technique directe d'investigation scientifique, elle a pour objet l'étude des êtres vivants et de leurs comportements dans leur environnement quotidien habituel, elle vise une analyse objective, causale et fonctionnelle, de l'évolution des comportements et des relations sociales ». ¹

¹ CICCONE (A), L'observation clinique, Paris, Dunod, 2006, p31

Pour **CLAUDE. B.**, « l'observation comme une étape préalable à toute expérience puisque avant de mener l'expérience il fallait observer ce qui se passait on enregistrant des comportements ». ¹

L'observation clinique est fondamentale dans toute intervention du clinicien comme une méthode par entière, dans une situation d'échange verbal limité comme la rencontre avec le bébé, ou complémentaire au jeu, au dessin, à l'entretien du recueil des données. L'observation du comportement et des attitudes du sujet permet de soulever des questions. ²

L'observation commence quand les faits sont constatés spontanément et, comme le souligne à propos **REUCHLIN.M** « l'observation scientifique est celle qui utilise des hypothèses complètes explicites ».

Ces observations doivent être contrôlables et systématique, ce qui implique la mise en œuvre de conditions bien définies au préalable. ³

Le but de toute observation souligne **BENEDETTO.P** est de réaliser dans un premier temps une image précise d'un phénomène.

Ainsi l'acquisition ou le développement de connaissances, la création de sens nouveaux. Elle suppose d'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. ⁴

Dans notre recherche on opte d'utiliser l'observation qualifiée directe naturaliste, c'est une observation en profondeur d'un phénomène dans son contexte naturel. Elle permet d'appréhender assez largement les situations quotidiennes (jeux, alimentation, sommeil) mais aussi les contextes de séparation, de détresse et de souffrance. Les manifestations objectives, visibles ou comportementales peuvent être directement observées, mesurées, ou enregistrées alors que les manifestations subjectives ne sont connues que du sujet lui-même et sont l'expression de son activité mentale la plus intime. ⁵

Consiste pour le chercheur à observer le comportement sur le terrain, c'est-à-dire dans le contexte où il se produit, en milieu naturel. Ainsi, afin d'étudier la palette des

¹ LAVARDE (A), *Guide méthodologie de la recherche en psychologie*, France, De Boeck, 2008, p189.

² CHARTIER (J), *Psychologie : commencez avec les meilleurs professeurs*, France, Eyroues, p64.

³ LAVARDE (A), *op.cit*, p187.

⁴ CICCONE (A), *op.cit*, p 16.

⁵ CHAHRAOUI(KH), BENONY(H), *Méthode, évaluation et recherche en psychologie*, Paris, Dunod, 2003, p31.

comportements humains, des anthropologues ont observés les schémas comportementaux dans les sociétés orales. Des sociologues se sont intéressés quant à eux aux phénomènes de gangs chez les jeunes dans les centres-villes.

Des psychologues ont observés pendant plusieurs semaines le comportement des sans-abri dans les gares et les abris-bus. Ils ont même observé les habitudes alimentaires des personnes minces ou en surpoids dans les fast-foods, afin d'apporter leurs contribution à l'étude de l'obésité.¹

Une autre observation pourtant sur des enfants d'une école de Genève par le psychologue suisse **PIAGET.J** et ces collègues, ils ont mené leurs recherches dans les cours de récréation et les salles de classe, prenant des notes détaillées sur qui parle à qui, pendant combien de temps et à propos de quoi.²

On a effectué les observations dans les salles pédagogiques à la pleine cour et pendant la récréation. Pendant notre durée du pratique on se déplace à les deux écoles deux fois par semaine, et l'observation s'étalait sur toute la journée, ce qui nous a permis d'observer les (9) cas dans la semaine.

Les nombres d'observations est entre (6) à (7) observations pour chaque cas, sachant que l'intervalle entre une observation et une autre est moins d'une semaine à cause des contraintes de la durée du stage et les vacance, on aura aimé qu'il est plus pour donner le temps pour constater les changements qui pouvaient se produire dans le comportement des enfants.

Pendant ces observations on se mettait au coin de la salle pédagogique ou de la cour loin des enfants et on prenait des notes qu'on complétait à la fin de chaque observation. La durée de ces observations allait de 50mn à 60mn dans les classes et de 15mn pendant la récréation.

❖ **Présentation des résultats du suivi à partir de l'observation**

Dans ce tableau qui suit on va présenter la fréquence des observations pour chaque cas en fonction des deux situations choisies :

¹ NEVID (J), RATHUS (S), BEVERLY, Psychopathologies, France, Amazon, 2009, p16.

² WESTEN(D), Psychologie, France, De Boeck, 1999, p65.

Tableau n°04 : fréquence des observations pour chaque cas en fonction des différentes situations.

sujet situation	Lahna	Mounir	Nihade	Mina	Omar	Elias	Karim	Bilal	Younes
Cour	7	7	7	7	7	6	6	7	6
La récréation	6	6	6	6	6	5	5	6	5
Total	13	13	13	13	13	11	11	13	11

Remarque : Les prénoms des enfants présentés si dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

Nous remarquons à partir du tableau suivant que la fréquence totale des observations est la même (13) chez les six (6) cas (LAHNA, MOUNIR, NIHADE, MINA, OMAR, BILAL) sauf avec (ELIAS, KARIM, YOUNES) est de (11) observations, et que la fréquence des observations en situation de cour est plus élevé par rapport à celle de la récréation.

5-2- l'entretien clinique

Le deuxième outil est celle de l'entretien clinique qui est considéré comme « les charentaises des sciences sociales, des sciences humaines cliniques ».

C'est un dispositif de base en psychologie clinique. C'est la partie clinique qui consiste en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie ,il sera mené en fonction du but que l'on poursuit, du cadre qui définit les conditions de la rencontre avec le patient, et en réponse à une demande qui peut être exprimée par un sujet ou un groupe de sujet en souffrance. Il est à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, en permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie, qui a conduit à l'examen.

L'entretien clinique permet au sujet d'énoncer des éléments sa réalité interne ; représentation, affects, position à l'égard des faits.¹

Il est au cœur des travaux cliniques son but est de recueillir des informations sur les comportements présents et passés, les attitudes et les émotions ainsi que l'historique détaillé du problème et de la l'individu en général.²

Le clinicien travaille aussi avec ce qui est rapporté dans le discours manifeste qu'avec ses manque, ses silence, ses contradictions ses lacunes.

La conduite de l'entretien se situe dans une position de neutralité bienveillante. Le clinicien, par la disponibilité et l'offre clinique qu'il propose, invite le sujet à dire, davantage que répondre à des questions, car la parole d'un sujet qui demande à être entendu doit être au centre de l'entretien clinique. L'offre du clinicien est justement de pouvoir façonner une adresse, être le destinataire de cette parole et d'un discours de souffrance. Son travail consiste alors à savoir recevoir le discours qui est tenu par le patient, mais aussi à le susciter et le soutenir.

Dans notre recherche on a utilisé précisément l'entretien semi-directif, dont il est mené à partir des questions soigneusement formulées et testées pour obtenir des informations utiles de manière cohérente. « C'est un compromis entre l'entretien directif et non directif. Une des taches du psychologue est de susciter la coopération du sujet sans suggérer ni induire ses réponses, et de déceler par des recoupements les erreurs, les oublis, les mensonges de sujet ».³

L'entretien semi-directif au cours duquel le psychologue suit une trame de questions général dont l'ordre n'est pas prédéfini. Dans cet entretien, le psychologue pourra décider d'explorer des axes non définis initialement mais spontanément par le patient son avantage est son aspect libre qui donne l'impression de se rapprocher du style de conversation courante.⁴

L'entretien semi directif laisse une certaine latitude dans la façon de poser les questions, mais avec un objectif à remplir qui correspond à un canevas initial. Le chercheur

¹ CHARTIER (J), Psychologie : Commencez avec les meilleurs professeurs, Paris, Eyroues, 2007, p64.

² NEVID (J), RATHUS (S), BEVERLY, Psychopathologies, Paris, Amazon, 2009, p107.

³ DORON (R), PAROT (F), Dictionnaire de psychologie, Paris, Quadriga, 1991, pp 261-262.

⁴ Ibid, p 60 - 112.

se sert d'un guide d'entretien, pré-structuré, il a donc en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider cet entretien.

5-2-1-guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

C'est la stratégie que l'interviewer doit adopter. Il détermine la façon dont il convient de combiner la directivité et la non-directivité, en indiquant notamment si l'interviewer doit présenter les thèmes dans un ordre donné ou s'il peut faire preuve de flexibilité. Le guide d'entretien définit parfois le degré de précision recherché en désignant les thématiques à traiter.¹

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Nous avons établie deux guides d'entretien. Le premier est avec les mères des enfants, le deuxième avec leurs enseignants.

❖ Entretien avec les mères : on abordé les différents axes suivant

- les données personnelles
- Axe I : des données sur le développement de l'enfant
- Axe II : l'acquisition de la propreté chez l'enfant
- Axe III : les premières réactions des parents suite à l'annonce de problème de leur enfant
- Axe IV : l'entrée à l'école
- Axe V : le comportement social de l'enfant

Le premier entretien est mené avec les mères des enfants dans l'objectif de nous apporter des données concernant certains éléments relatifs à l'histoire de leurs enfants et de leurs symptômes, ce qui nous facilite la compréhension de leur problème et de son apparition. Et comme la plupart des parents n'ont pas pu participer à notre recherche car certaines travaillaient et certaines d'autres ne venaient pas à l'école. Pour cela on été obligé à se déplacer à leurs domicile avec les enfants pour leurs expliquer et avoir leurs accord à notre recherche, et aussi d'appliquer notre guide d'entretien.

¹ FENNETEAU (H), Enquête entretien et questionnaire, Paris, Dunod, 2007, p 27.

Au cours de l'entretien, ces dernières se sont exprimées avec une certaine spontanéité, elles étaient détendues, à l'aise et elles voulaient parler de leurs enfants et de leurs difficultés. Nos interventions se limitaient à quelques relances voir « oui », « mm mm », « d'accord », également des relances d'explication « c'est-à-dire ... ? », et « pourquoi ? ».

Pour la langue d'expression, on a constaté que la plupart ont préféré parler en Kabyle sauf quelque une, puisque la plupart sont pas fait leurs études. La durée de ces entretiens allait de 45minutes à 1 heure.

❖ **Entretien avec les enseignants :**

Un autre entretien a été effectué avec les enseignants qui prenaient en charge nos enfants. Il contient les axes suivants :

- Renseignements personnelle.
- Axe I : parcours professionnel
- Axe II : réaction des enfants lors de premières journées de leur entrée
- Axe III : comportement de l'enfant dans l'école

Celui-ci avait l'objectif de nous apporté des informations sur les comportements des enfants dans l'école suite à leurs symptômes avec leurs enseignants et leurs camarades.

Pour respecter le cadre clinique, notre entretien avec les enseignants concernés a été réalisé dans une des salles de l'école pendant midi des enfants où ils peuvent nous accorder plus d'attention et répondre tranquillement à nos questions.

Les enseignants se sont exprimés en français et en kabyle même en arabe et ils étaient détendus, à l'aise au cours de l'entretien. La durée de ces entretiens allait de 35minutes à 45minutes.

6- Les difficultés rencontrées :

- Difficulté de trouver un échantillon, suite à la peur dénoncer leur symptôme.
- Difficulté de réaliser les entretiens avec les parents des sujets concernés et l'obligation de ce déplacé chez eux.
- Difficulté de réaliser de réaliser les observations dans des bonnes conditions.

Conclusion de la partie méthodologique

Dans notre recherche, on s'est basé sur une méthode descriptive qui est l'étude de cas. Notre population est constituée au départ de neuf cas.

La population ciblée est celle des enfants énurétiques scolarisés placés à l'école primaire frères Louldji d'Elhad ou frères Bouichi d'Akabiou, situées au niveau de la daïra de Timezrit, et âgés de 6-7ans à 12 ans.

Pour la collecte des données, on a utilisé deux outils de recherche, qui sont l'entretien semi-directif et l'observation directe des enfants dans le milieu de l'école.

On a commencé en premier lieu par la collecte des données par l'observation qui a duré(02) deux mois, ensuite et parallèlement à celle-ci, on a réalisé des entretiens avec les mères de ces enfants, puis avec leurs enseignants selon leur disponibilité.

Chapitre V

Description et analyse des résultats

CHPITRE V : Description et analyse des résultats

Dans ce chapitre, on présentera les résultats et leurs analyses. On commencera par une description de chaque cas et on terminera par une synthèse et une discussion des hypothèses.

1/ présentations des cas:**Cas n° 01 : LAHNA****A /Présentation générale du cas :**

LAHNA est une fille de 7ans, aux cheveux châtain et aux yeux bleus. Elle est le 2eme enfant dans sa fratrie, d'un père informaticien dans une entreprise et d'une mère femme au foyer dont le niveau d'instruction est de 1ere année secondaire. Le rendement scolaire de LAHNA est 6 de moyenne.

LAHNA présente un trouble de contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire.

B/ Donnée et analyse de l'entretien avec la mère :

La mère de LAHNA a été compréhensive lors de l'entretien. Durant le face à face, elle était assise sur un fauteuil, toujours souriante et répondait facilement à nos questions. Comme notre entretien s'est déroulé dans le domicile familial où vivait aussi la grand-mère, celle-ci a donc eu quelques interventions. Quand la mère s'exprimait, elle regardait souvent à la grand-mère.

D'après les propos de la mère, elle a vécu une grossesse normale sans complications. La joie du couple fut intense lors de la naissance de LAHNA, surtout parce qu'elle est venue au monde sans difficultés et sans problème de santé. Son développement est arrivé à terme. la grand-mère paternel a accompagné LAHNA lors ses premiers pas et dans son apprentissage de la langue. Elle s'est occupé aussi de ses besoins, elle lui donnait à manger et la faisait dormir avec elle. LAHNA aime rester en compagnie de sa grand-mère. Elle a un bon rapport avec ses deux petits frères. Elle adore s'amuser avec eux et prend soin deux, « elle prend tous les jouets qu'ils ont, ensuite ils vont s'asseoir dans une chambre jouent ensemble jusqu'à ce qu'ils soient fatigués, ou bien elle est auprès de avec sa grand-mère qui lui raconte tous ce

qu'elle a vécu dans la journée ». La mère dit qu'elle l'aime car c'est la fille unique « LAHNA me ressemble beaucoup, elle a prit certains caractéristique de moi sauf les pipis au lit ». Elle est gâtée par toute la famille. LAHNA a de bons rapports avec son père. Chaque soir, après le travail, le père retourne à la maison. LAHNA l'accueil toujours avec beaucoup de joie car elle l'attend qu'il lui achète quelque chose en rentrant mais aussi parce qu'elle aime bavarder avec son père. Le père satisfait bien ses attentes.

LAHNA est décrite par sa mère comme une petite fille très gentille, timide a tel point qu'elle rougit comme une tomate. LAHNA est sociable, elle sympathise bien avec les autres personnes. Elle ne leur fait pas de mal car elle est tranquille. LAHNA demande toujours à sa mère d'avoir un autre bébé de préférence une fille pour avoir une sœur. Les premiers contacts qu'elle a eu étaient avec sa grand-mère et son père.

LAHNA grandit mais ses couches sont toujours mouillées, à l'âge de 3ans sa mère cesse de les lui mettre. C'est à ce moment la que la mère a remarqué que sa fille n'arrête pas d'uriner chaque nuit dans son lit. La mère n'y donne pas d'importance et le trouve normal. Elle pensait que ça disparaîtrait seul « la grand-mère dit que la majorité des enfants de la famille étaient énurétiques, en grandissant cessent d'uriner ». La maman réveille LAHNA en plein nuit pour lui changer ses vêtements et les couvertures mouillées afin qu'elle ne reste pas humide le restant de la nuit. Il y a aussi son frère âgé de 5ans est énurétique, il n'a pas aussi acquis la propreté nocturne.

La mère dit que sa fille ne la dérange pas quand elle se réveille très tôt pour lui changer et lui laver « je n'ai jamais levé ma main sur elle, ni me moquer d'elle ». Elle n'a jamais pensé consulter un médecin. A la rentrée de sa fille à l'école, elle nous a dit « dois-je m'inquiéter et dois-je la ramener chez un médecin ». Pour elle il lui suffisait juste d'appliquer les conseils de la grand-mère.

La rentrée de LAHNA à l'école est marquée par la joie. Elle n'a manifesté à aucun moment le refus d'aller à l'école puisqu'elle a fait le préscolaire. Cette année elle est en 1ere année primaire, elle va chaque jour à l'école avec son frère qui fait le préscolaire. Quand elle revient de l'école, elle raconte tout ce qu'elle a fait en classe et tout ce que leur enseignant leur disait. La scolarisation de LAHNA est un peu faible, bien que ses parents la suivaient et soient toujours près d'elle. Ils lui consacrent chaque jour du temps pour s'occuper de ses devoirs scolaires. Quand elle a ramené son carnet de notes, les parents furent étonnés de voir

les résultats de leur fille qui est de 6\10. Ils l'ont alors punis et l'ont même frappé. Ils l'ont avertie qu'elle devrait faire des progrès la prochaine fois.

Ils n'ont reçu aucune convocation de l'école pour comportement indiscipliné de leur fille. La seule convocation qu'ils ont reçue est celle d'une consultation chez un psychologue suite au symptôme « l'énurésie » car chaque année l'école pratique un dépistage. Jusqu'à ce jour on ne l'a pas consultée.

LAHNA est pleine d'énergie et toujours active. Comme leur maison est grande elle aime y jouer partout. Mais quand ils reçoivent des invités, LAHNA se cache ou reste dans un coin sans parler et surtout devient timide et rougit. Son comportement change radicalement.

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon les propos de l'enseignant concernant le comportement de LAHNA et ses premières réactions lors de ses premiers jours d'école, elle n'a pas trouvé de difficultés d'adaptation et elle est facilement rentrée dans le groupe. Dans la classe, elle est tranquille essaye de faire des efforts pour s'améliorer « elle est lente, elle a un blocage qu'elle va le surmonter facilement peu à peu ».

L'enseignant a déclaré qu'il avait déjà des soucis pour la situation de LAHNA mais sans le signaler à la direction. Lors de la visite du psychologue à l'école, il a profité de l'occasion et lui en a parlé. C'est avec elle qu'il a confirmé sa situation et elle lui a donné une convocation pour la prise en charge. Aucun des élèves n'est au courant de sa situation, c'est pour ça elle se sent un peu rassurée.

Concernant le comportement de LAHNA, elle se fait facilement des amis, elle fréquente tous ses camarades de classe, et à leur tour ils la fréquentent aussi. Elle n'est pas celle qui bavarde dans la classe et qui dérange ses camarades. Au contraire elle les respecte. Elle ne crie pas quand vient l'heure de la récréation pour jouer dans la cour.

L'enseignant estime bien LAHNA. Il se rapproche toujours d'elle pour la rassurer et l'aide à ne pas se sentir diminuée par rapport aux autres à cause de son symptôme. Selon lui, elle n'a pas trouvé de difficultés pour s'intégrer avec les autres et avoir des amis parce qu'elle a trouvé un climat qui lui convenait.

D/ Les données des observations :

Avec les premières observations, on a remarqué que LAHNA accepte d'entrer dans la classe. Dès qu'elle entre en classe elle réserve une place pour sa copine et le sourire illumine son visage. En classe, LAHNA s'assoit dans la 2eme table avec IMANE. Pendant le cours, elle est passive et ses interventions sont rares. Quand leur maitre leur donne un travail à faire, elle se contente de parler avec IMAN pour trouver la façon de trouver la solution à l'exercice.

Tous ses camarades la sollicitent dans la classe quand elle sait quelque chose. Elle n'hésite pas à le dire, mais elle rougit facilement et s'exprime à voix basse et lentement.

Dans une séance, quand le maitre termine plutôt son cours, il leur demande à un volontaire de raconter une histoire. LAHNA a levé sa main la première, le maitre l'invite à passer au tableau. Elle raconte en balançant les bras.

En récréation, elle préfère rester avec les filles de sa classe et s'asseoir en groupes sur un banc à côté de leur classe. LAHNA s'assoit jamais seule, elle et ses camarades racontent ce qui s'est passé lors des séances. La plupart du temps elles forment un cercle et l'une d'elle se met au centre tandis que les autres chantaient. LAHNA participe souvent aux jeux et aux activités proposées par ses camarades. Au milieu d'eux, elle est détendue, court et chante. Le moment du déjeuner, LAHNA se dirige vers la cantine en groupes. En attendant son tour elle bavarde avec ses copines et rigole.

Vers la fin de mois, on a remarqué que peu à peu elle devenait sociable, elle essayait de prendre des initiatives en sa classe et dans la cours.

Lors de l'approche des vacances de printemps, c'est le moment de la remise des carnets de notes que tout le monde attendait avec impatience. Chacun montre à la note qu'il a obtenue. LAHNA n'a pas eu une bonne moyenne mais elle était contente.

Au retour des vacances, LAHNA revient avec une bonne volonté. Elle a changé de place et aussi de camarade de table. Elle a raconté tout ce qu'elle a fait pendant les vacances.

On a constaté une amélioration dans ses participations. Elle est encore timide et cela malgré les essais de son maitre à fin de la rassurer et de lui fournir un climat favorable pour la mettre à l'aise. Signalant que MOUNIR est dans la même classe que LAHNA, on a remarqué qu'il n'a eu aucun contact entre eux ni en classe ni dans la cour, c'est rarement que les deux parlent entre eux.

Conclusion

En résumant, on peut dire que LAHNA arrive à établir de véritables contacts avec les autres, de faire de bon échange avec eux et éprouver des sentiments envers eux. Elle se plaît quand elle est en groupes sans être agressive avec eux. Et quand elle essaye de parler elle incline sa tête et commence à rougir et ses réponses sont brèves.

CAS n°02 : MOUNIR**A/Présentation générale du cas :**

MOUNIR est un garçon de 7ans, aux cheveux noirs et aux yeux marron. Il est de petite taille. C'est le quatrième dans une fratrie de cinq enfants, le père est enseignant dans une école primaire où MOUNIR est scolarisé. La mère est femme au foyer d'un niveau secondaire (terminal). Son rendement scolaire est moyenne dont sa note est 7/10, c'est un enfant timide qui aime rester seul.

MOUNIR présente un trouble du contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne secondaire, depuis l'âge de 4ans suite à la naissance de sa petite sœur.

B/ Données et analyse de l'entretien avec le père de MOUNIR :

Le père est quelqu'un de sérieux et en même temps qui aime rigoler. Lors de l'entretien il a préféré de rester debout, répond à nos questions à haute voix. La chose qu'on a remarqué dans ses propos c'est qu'il se souvient de beaucoup de détails sur l'enfance de MOUNIR et il était prêt de lui à tous moment.

La venue au monde MOUNIR à apporter une grande joie dans leur couple ainsi qu'à toute la famille. A sa naissance il n'a présenté aucun problème de santé, son développement est arrivé à terme. Sa grand-mère lui a appris ses premiers mots, l'a aidé à faire ses premiers pas et s'occupait aussi de son hygiène corporel. Il est choyé par tout le monde, tous disaient que du bien de lui pour sa gentillesse, son obéissance et son respect pour autrui. A l'âge de 2ans et 1/2, les angines répétitives ont fait leurs apparitions. Le père dit « Si MOUNIR a quelque chose il cour vite le donner à sa grand-mère, c'est elle qu'il adore le plus que les autre membres de la famille». C'est avec sa grand-mère et son père qu'il passe beaucoup du temps, il entretient de bonnes relations avec ses frères. Des fois il se querelle avec eux mais sans gravité pour des choses banales.

Il se querelle le plus avec sa sœur, car cette dernière est plus active que lui et il se sentait gêné par elle. A l'âge de trois ans, MOUNIR a eu une petite sœur qui s'appelait IMANE. Depuis la naissance de celle-ci, MOUNIR en est devenu jaloux. Dès que son père offre ou achète quelque chose à IMANE ou bien il joue simplement avec elle, MOUNIR fait des mains et des pieds pour qu'on fasse pareil avec lui. Au fil des jours, MOUNIR commence à mouiller son lit en plein sommeil. Les parents ont essayé maintes fois de le réveiller afin qu'il

fasse ses besoins (uriner) mais en vain, « après ils ont décidé de le faire examiner par un pédiatre afin d'avoir un avis médical. Le diagnostic signale la cause de sa jalousie ». Le père d'un autre coté ne voulait pas des médicaments à son fils de peur des effets secondaires, MOUNIR a déjà pris beaucoup de médicaments pour soigner ses angines. Le désespoir se lit dans son visage au moment où il nous répond à questions, il veut aider son fils par tous les moyens possibles et même il demande des conseils « je suis très fatigué, tous les jours c'est la même chose ». Avec sa scolarisation on est obligé de le réveiller tôt pour lui faire sa toilette avant d'aller à l'école, aucun de nous ne se moque de lui ou ne le punit. Des fois, « on lui disait gentiment pourquoi tu fais ça ? Maintenant, tu es un homme et les hommes ne font pas ça ».

A quatre ans, MOUNIR a vécu un événement, un accident de la route. MOUNIR et son père étaient dans la voiture, de retour à la maison, il a vu la victime ensanglantée. L'image atroce est gravé dans sa mémoire, il se souvient de tout des images et du lieu où s'est produit l'accident.

MOUNIR est bénéficié d'une année de préparatoire à l'âge de cinq ans, Maintenant il en première année primaire. Sa rentrée à l'école était normal, il n'a aucune difficulté, d'ailleurs avant sa scolarisation son père l'emmenait avec lui à l'école pour qu'il s'y habitue. Son rendement est moyen, malgré le suivi veu de ses parents. Normalement c'est le père qui doit le prendre dans sa classe du moment qu'il enseigne le même niveau, mais ce dernier n'en sein de sa classe et envers son maître ». L'enseignant convoque souvent le père pour lui faire part de la passivité et de la timidité de son fils MOUNIR, et cela peut influencer sur sa motivation et la perte d'attention. Il ne communique pas avec ses camarades de classe et s'isole d'eux dans la plupart du temps.

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon les propos de l'enseignant, dès son rentrée MOUNIR n'a pas manifesté aucun refus d'entrer à la salle, mais « il était tous le temps passif, ne parle pas présent physiquement et moralement absent ». Avec tous les essaies qu'on a fait pour le sortir de ce climat, il répond difficilement. Dans beaucoup d'occasions le père de MOUNIR demandait à son enseignant de ne pas le forcer durant les cours en le justifiant par la maladie ou par une autre comme excuse. Selon les propos toujours de l'enseignant, MOUNIR est trop gâté par son père. Il ne l'a pas habitué à recevoir des critiques. Pour cela on s'est trouvé une difficulté de communication avec MOUNIR.

Concernant le symptôme de MOUNIR, l'enseignant en avait un certain doute mais sans les dire à personne. Lors de la visite du psychologue à l'école « elle a consulté toute les classes. Quand le c'était le tour de MOUNIR, l'enseignant il a hésité de révéler la situation au psychologue mais il lui a déjà sélectionné les éléments suspectés. Le psychologue lui a remis donc une convocation pour une prise en charge». Aucun élève de la classe n'est au courant du problème de MOUNIR afin que personne ne risque se moquer de lui.

MOUNIR n'est pas celui qui bavarde en classe ou bien qui dérange ses camarades, au contraire il est tranquille et on entend à peine sa voix. Il est l'élément le moins sociable de toute la classe et même dans la cour. Tous les élèves l'ont remarqué. Par rapport aux premiers jours il a commencé à s'améliorer dans ses études et aussi dans son rapport avec les autres enfants.

D/ Les données des observations :

Pendant les premières semaines d'observations sur MOUNIR, on a remarqué qu'au moment de l'entre à l'école, il se dirigeait directement vers le rang devant la porte de sa classe. Il discutait avec ses camarades. Dans la salle de classe, MOUNIR s'assoit à sa place habituelle avec YANIS son camarade. Il se tait et reste tranquille tandis que les autres continuaient à parler entre eux. MOUNIR est très attentionné envers son maitre, il lui prend ses affaires et mets ses mains sur ses genoux. En classe, MOUNIR n'entretient pas de contacts avec ses camarades et on peut même dire qu'il est inexistant. Et cela malgré la présence de son camarade de table YANIS qui est un garçon actif et bavard. Quand ce dernier lui adresse la parole, MOUNIR comme s'il sentait obligé, lui répond rarement et brièvement.

Il ne prend pas d'initiative à parler même si l'enseignant leur donnait une certaine liberté d'expression. Il ya un autre camarade qui s'appel ISLAM qui aime raconter des blagues, mais MOUNIR ne lui donne pas d'importance « l'enseignant est sorti à l'administration YANIS raconte, MOUNIR ne se tourne pas pour l'écouter ».

Dans son regard parait une peur. Pour regarder les autres il le fait en cachette. Et quand le maitre l'interroge, il est surprit et rougit. Il est timide dans ses relations et évite toute discussion. Pendant le cours te quand le maitre leur donne des exercices à faire en classe, MOUNIR n'y participe pas beaucoup. On l'a remarqué, lorsqu'il lève sa main pour répondre ou demande la parole, il baisse la main immédiatement, on dirait qu'il a peur. Tandis que les autres élèves lèvent leurs mains en insistant avec « moi, moi » sauf MOUNIR. Pendant

l'expression écrite, MOUNIR n'a pas l'aire de se donner à fond surtout quand le maître l'appelle au tableau pour écrire ou lire. Il se met debout et devient tout rouge, il lit lentement à haute voix et en bégayant. Son écriture et sa lecture sont lentes.

A la récréation, MOUNIR préfère rester assis sur le banc qui se trouve près de sa classe avec ses camarades. Ils prennent aussi leur goûter. Il se comporte différemment en salle de classe ou il communique bien aisément. En dehors de classe, il ne joue pas et ce sont ces camarades qui l'invitent à partager les jeux. Il ne provoque pas et n'agresse personne. On ne l'a pas vu se bagarrer. Une fois, MOUNIR était assis seul sur un banc et jouait tranquillement en balançant ses jambes. Dès qu'il nous a aperçus il s'est levé et a changé de place.

Après les vacances de 15 jours, on a remarqué qu'il manifestait quelques changements dont une amélioration concernant sa participation aux différentes activités en classe. Il a fait des efforts suite aux conseils de son enseignant. Il discute à plusieurs occasions « MOUNIR parle avec son camarade et on aperçoit le sourire sur son visage, il se lève et commente les images collées au mur ». Il était à l'aise, dès que le maître fait son apparition dans la classe, MOUNIR se tait et croise ses bras. Un jour « le maître demande aux élèves ce qu'ils veulent devenir quand ils seront grands. Tous les élèves se moquaient des uns et des autres de ce qu'ils disaient de leurs choix ». MOUNIR veut devenir policier.

Signalant que LAHNA est dans la même classe que MOUNIR, mais ces deux élèves ne communiquent que rarement durant la récréation.

Conclusion

On peut dire que MOUNIR trouve des difficultés à entrer en contact avec d'autres enfants à s'interagir avec eux, même si ces derniers le sollicitent. Il passe la plus part du temps isolé des enfants, alors qu'il est entouré par eux en la classe. Il observe seulement ses camarades qui participent et interviennent aux différentes activités proposées, il participe rarement sans manifester aucun dérangement ou un désir de faire comme eux.

Tout cela témoigne probablement un sentiment de peur, d'insécurité et de timidité face à une situation inconfortable. Avec le soutien et le comportement rassurant de son maître pour l'intégrer dans l'ambiance de la classe ainsi que les tentatives de rapprochement des ses camarades de classe.

On a remarqué une nette amélioration, on ne peut pas dire qu'il est devenu social, mais qu'il a seulement fait un pas en avant. MOUNIR crée difficilement ses amitiés, et pour expliquer son comportement, plusieurs facteurs doivent être pris en compte. Comme il n'avait pas d'amis, il joue seul chez lui car la maison familiale se trouve près de la route. Ceci ne lui permet pas de sortir afin de rencontrer des enfants de son âge. En allant ou en retournant de l'école, il est toujours accompagné par son père. C'est cette influence qui le pousse à s'isoler de ses pairs, or c'est le moment de s'intégrer dans la vie collective.

Présentation du Cas n°03 : NIHADE**A/Présentation générale du cas :**

NIHADE est une fille de 13ans aux cheveux châtain foncé et aux yeux noisette. Elle est forte de constitution et porte des lunettes. C'est la cinquième dans une fratrie de 6 enfants. Son père est un simple travailleur dans une usine. La mère est femme au foyer son niveau d'instruction 6eme année primaire. Son rendement scolaire est de 6/10.

NIHADE présente un trouble de contrôle sphinctérien qu'est l'énurésie nocturne secondaire à l'âge de 4ans juste après la naissance de son petit frère.

B/ Données et analyse de l'entretien avec la mère :

La mère a été compréhensible durant l'entretien sur l'ensemble des questions qu'on a lui posé. Ont étaient assis sur des canapés et elle était bien à l'aise. A la fin de notre entretien, elle nous a dit que ça faisait un bon moment qu'elle n'avait pas vu de psychologue donc celle-ci était une occasion pour le voir.

La naissance de NIHADE n'est pas désirée. A cause de sa maladie, la mère a tout essayé pour l'avorter dès qu'elle a su être enceinte. Elle est sous traitement psychiatrique. Elle ne pouvait pas prendre soin de son enfant de elle avait peur de refaire la même erreur qu'avec les aînés. Elle a tenté de les bruler et elle était déprimée suite aux problèmes qu'elle a vécu avec sa belle famille. Elle a été surtout traumatisé lors d'un événement survenu lors du décès de son bébé alors qu'il était encore dans son ventre. Elle a du assister à l'incision du fœtus afin de l'évacuer de son ventre. Elle en parlait avec les larmes aux yeux et nous disait « comment j'ai pu faire ça à mes enfants est-ce que à point je n'étais pas conscient ? ».

Enceinte de NIHADE, la mère était souvent malade et consultait le médecin durant toute la grossesse. Elle l'a mis au monde au 7^{eme} mois. Son développement était normal. L'acquisition de la marche et de parole était à terme, elle a même de l'avance pour son âge. Au quatrième mois de sa naissance, NIHADE a prononcé son premier mot qui est celui de « jedi » grand père. Les premiers contacts qu'elle a eus étaient ceux de son grand père, de son père et de ses frères et sœurs qui prenaient soin d'elle. Ils l'aiment beaucoup et elle aussi les aime, ils lui ont réservé une place dans la terrasse pour jouer ensemble « NIHADE adore quand ses frères et sœurs se regroupent pour qu'ils jouent au tennis et au ballon sur la

terrasse ». Quand à la mère, elle a essayé de compenser avec NIHADE ce qu'elle n'a pas pu faire avec ses aînés. Bien qu'elle lui donne des fessés quand elle s'énerve.

A l'âge de 4ans, après la naissance de son petit frère, NIHADE commence à manifester certains changements dans son comportement. Elle mouille son lit presque 6 /7 jours dans la semaine, et maintenant 4/15jours, c'est la seule dans sa fratrie qui urine dans son lit. Comme NIHADE est atteinte d'une bronchite, sa mère est obligée de changer sa literie de peur qu'elle n'attrape froid. La mère était surprise de voir aussi ce problème alors que personne dans la famille ne le présente. Elle insiste dans ses paroles « je n'ai jamais laissé ma petite NIHADE sale mes mains battre aussi la machine, et je n'ai pas levé ma main sur elle, mes punitions sont seulement verbales et des fois je l'empêche de voir la télévision et d'utiliser le micro-ordinateur».

Comme NIHADE n'a pas cessé d'uriner dans son lit, les parents ont décidé de consulter un médecin sans demandé l'avis d'un proche. Le diagnostic du médecin était une question de temps. Pour un suivi psychologique la mère avait pensé de le faire mais l'occasion ne s'est pas présentée.

La rentrée de NIHADE à l'école était normale, elle était même très contente. Elle n'a pas pleuré. Elle est rentrée à l'âge de 5ans au préparatoire, heureuse d'avoir un cartable et des vêtements neufs. D'après les dires de sa mère, NIHADE est généreuse et aime parler avec ses camarades de classe.

Durant les premières années de sa scolarisation, elle était bonne, après elle a commencé à régresser. Elle n'aime pas étudier bien qu'elle ne s'absente jamais. Elle lui fournit tout ce qu'elle veut, et dernièrement elle lui a demandé un micro-ordinateur portable. L'important pour la mère, c'est que NIHADE obtienne de bonnes notes, car elle refait l'année précédente.

NIHADE dès maintenant profite au maximum du jeu et veut faire tout ce qu'elle n'a pas pu le faire quand elle était malade. C'était dans les quatre premières années. Elle a eu un problème de bronchite. Ses contacts étaient limités, elle était à la maison avec la fratrie, car la mère l'empêche de sortir et de confronter d'autres personnes. Ses frères et sœurs ne se moquent jamais d'elle ou la frappent, et les cousins personne ne sait de sa situation car ils ne leur rendent pas de visite même pas le un weekend.

C/ L'entretien avec l'enseignant de NIHADE :

Selon les propos de l'enseignant actuel de NIHADE, elle n'était pas dans sa classe dès la première année donc il ne sait pas comment elle a réagi dans ses premiers jours. Il a commencé à l'enseigner à la quatrième année quand elle a refait l'année.

Dans les premiers temps « elle s'isole, elle se sentait la plus grande de sa classe et tous le monde la regardait, ce qui a provoqué chez elle un complexe et un sentiment d'infériorité ». Mais peu à peu avec l'aide de l'enseignant pour la rassurer, il l'a aidé à s'intégrer dans la classe et NIHADE a commencé à s'entretenir avec les autres, et elle participe aux activités. Après elle a changé et devenu un élément très sociable.

A propos du symptôme du NIHADE l'enseignant n'était pas au courant, donc il ne lui a prêté de l'aide. Il n'a pas remarqué chez elle un comportement qui pouvait attirer son attention, « NIHADE dans la classe se comporte comme chez elle, elle parle à tous le monde et fait du l'ambiance. Elle a toujours quelque chose à dire et c'est pour cela que lorsqu'elle s'absente c'est tout de suite remarqué ».

D/ Les données des observations :

A travers les d'observations faite pour NIHADE, on a remarqué qu'elle rentre facilement en classe et va à la rencontre de ses camarades dès son arrivée. En arrivant elle se rejoint à eux. Sa classe est composée en majorité de garçons dont 5 filles qui sont des amies intimes de NIHADE. Généralement elle s'assoit seul pour éviter le bruit dans la salle, elle aime parler avec tous le monde sans exception fille ou garçon, c'est réciproque « au milieu de la cour elle se penche et met sa main sur sa bouche et chuchote avec ILHAM qui s'assoit avant avec elle et AMIR dans l'autre rang ». Elle est toujours souriante ne s'énerve jamais et accepte tous les remarques faite sur elle sans qu'elle se complexe.

Quand le maitre leur donne des exercices elle les fait mais parfois en discutant avec ses camarades concernant la correction. Si NIHADE trouve l'exercice facile, elle exprime sa joie en disant « Oui !, il est facile ». Lorsqu'elle s'assoit avec NASSIKA elle fait plus d'efforts de car c'est une brillante fille qui aime parler avec NIHADE et souvent s'entendent bien ensemble. NIHADE aime son enseignant, il leur fournit de bonnes conditions pour étudier et rigoler.

Pendant la récréation, NIHADE et ses camarades jouent aux différents jeux dont la course de vitesse, la chambre du diable et chanter. Elle est pleine d'énergie et bouge et même si elle est un peu fatiguée.

Dans le dernier mois d'observation, NIHADE a gardé son énergie dans les études. Lorsqu'elle se retrouve avec ses amis on voit son visage s'illuminait. Elle était contente quand elle participait aux différentes activités de groupe, elle partageait ce qu'elle a avec eux. Elle fait de l'ambiance et son maître lui dit « tu es forte que dans les bêtises ». MINA est dans la même classe de NIHADE, comme MINA est passive leur relation est un peu timide et s'entretiennent rarement.

Conclusion

En résumant on a remarqué que NIHADE ne trouve pas des difficultés à établir des amitiés. Elle rentre facilement dans le groupe et s'intègre avec lui. Dans ses relations NIHADE est toujours bien active, propose et participe aux activités de ses camarades. Elle ne provoque personne, elle ne laisse pas son problème interrompre sa vie au sein de l'école.

Elle profite au maximum du temps qu'elle passe avec ses camarades. A la récréation ils aiment la provoquer juste pour voir comment elle va réagir et pour qu'elle les suive dans la cour.

Le cas n° 04 : MINA**A/Présentation générale du cas :**

MINA est une fille de 13ans aux cheveux châtain et aux yeux verts. Elle est un peu longiligne. Elle est l'ainée d'une fratrie de 4enfants. Son père est comptable dans une entreprise tandis que sa mère est une femme au foyer d'un niveau primaire. Les résultats scolaires de MINA sont faibles. Sa note est de 5/10 de moyenne. MINA est une fille tranquille et rougit facilement. Elle présente un trouble de contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire.

B/ Données et analyse de L'entretien avec la mère :

Dès notre arrivée, la maman nous a bien accueillie chez elle. Elle avait l'air malade et fatiguée. On était assises l'une en face de l'autre sur des canapés. Aucun sourire ne s'est dessiné sur son visage durant tout l'entretien.

La venue au monde de MINA a procuré une grande joie au couple. Durant sa grossesse, la mère était toujours malade et elle consultait le médecin au moins deux fois par semaine. Son accouchement s'est déroulé sans complication. Elle n'a eu aucune difficulté. MINA a commencé à marcher à 12mois et à parler à 15mois. MINA a eu du retard par rapport à ses frères. Elle adore son cousin qui est âgé de 7ans car ce dernier s'amuse avec elle, il l'a fait sortir et lui achète des jouets. Mina aime aussi ses frères et sœurs « elle est généreuse envers eux. La maman les regroupe dans une chambre pour jouer ensemble. C'est elle qui les invite à jouer surtout avec le petit qui est âgé de un 1 et ½ ». Elle entretient un meilleur rapport beaucoup plus avec sa mère qu'avec son père car ce dernier lui fait peur. MINA ne cache pas ses secrets et raconte à sa mère tout ce qu'elle fait à l'école.

MINA mouille chaque nuit ses couches. Sa mère ne donne pas d'importance quand MINA urinait dans son lit. Sa mère disait souvent qu'elle est encore petite. A quatre ans la mère de MINA a cessé de mettre des couches à sa fille. Malheureusement elle continue de mouiller son lit chaque nuit. Quand la mère l'interroge en lui disant « pour quoi tu fais ça ». Elle lui répondait qu'elle croyait être comme aux toilettes. A l'âge de 6ans, les parents ont pris la décision de l'emmener chez un généraliste pour une consultation. Ce dernier lui a prescrit des médicaments mais la mère ne souvient pas de la marque des médicaments. Au début, les médicaments ont des résultats mais après de la prise de ces derniers elle a rechuté.

Pendant la journée, ne va pas aux toilettes pour faire ses besoins jusqu'à ce que sa vessie soit pleine. Surtout quand elle reste coller devant l'écran de la télévision ou d'un ordinateur.

Les parents ont reçu une convocation pour un suivi psychologique qui avait comme motif l'énurésie mais ces derniers n'y sont pas allés. La mère la réveille en plein sommeil lui change de litière et la lave. Comme la mère est malade celle-ci s'énerve et donne une fessée à sa fille en lui disant qu'elle est grande « quand je lui reprochais ce qu'elle a fait, elle me regardait en pleurant et me disait qu'elle ne voulait pas faire ça que c'était plus fort qu'elle ».

La mère parlait encore quand on a remarqué une déception qui se lisait sur son visage. Elle veut certainement l'emmener chez un psychologue mais comme son époux travaillait elle ne peut partir seule. Son mari n'accepte pas que sa femme aille seule chez un médecin de peur que les gens du village ne la montre du doigt.

MINA a bénéficié de deux ans de préscolaire. A l'âge de 6ans a son entrée en première année primaire, elle n'a eu aucune difficulté mais bien au contraire elle s'est adaptée rapidement surtout quand elle va à l'école en groupe avec les voisines. Malgré les moyens mis à sa disposition pour améliorer son niveau scolaire, MINA a toujours de mauvaises notes. Elle a refait même la troisième année. Sa famille lui reproche de ne pas faire attention à ses cours, de ne pas se concentrer sur ses études et aussi d'oublier ses leçons. Selon la mère de MINA « il y a une négligence flagrante de la part de son l'école car MINA lui dit qu'elle s'assoit derrière et qu'on ne lui accorde aucune considération », c'est tout ça qui provoque chez elle un sentiment d'infériorité et un manque de confiance. En plus de sa timidité elle ne sait pas se défendre. Ses camarades se sont mis d'accord pour la mettre en quarantaine. La devise de ses camarades donc c'est à l'enseignant d'adresser la parole à MINA et de la mettre à coté de lui aussi. Alors MINA est poussée à se retirer et s'isoler d'eux. Elle rentre souvent chez elle en larmes.

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon les divers propos de l'enseignant, pendant les premiers jours de son entrée de MINA dans sa classe à la quatrième année, car ce n'était pas lui qui la suivi l'année avant, elle se mettait de coté et s'isolait et n'adresse la parole à personne, elle se sentait plus grande que ses camarades de classe. Elle a déjà doublé sa classe vu sa taille longiligne.

L'enseignant n'était pas au courant du cas de MINA et personne ne l'a mis au courant même pas l'administration.

Elle ne dérange personne ni le maître ni les élèves, dans la classe ou bien même dans la cour. Elle reste passive et observe sans qu'elle y participe. MINA ne s'est pas améliorée malgré les tentatives de son maître pour la faire intégrer dans le groupe. Elle ne cause pas avec ses camarades et reste seule dans la cour.

D/ Les données des observations :

Pendant nos observations de MINA, on a remarqué que la plupart du temps elle arrivait en retard à l'école, et pourtant elle n'habite pas loin de l'école. En entrant à l'école elle va directement se mettre en rang ou entre en classe et prend place à l'avant dernière ou bien carrément derrière. Elle ne s'assoit jamais avec quelqu'un. Elle se tait et rentre passive, elle sort ses affaires lentement et regarde ce que font ces camarades. Et quand, elle essaie de prendre part au débat avec ces camarades. Ces derniers lui tournent le dos et ne l'écoutent pas. C'est comme si elle n'existait pas pour eux.

Sa classe est composée en grande majorité de garçons seulement de cinq filles parmi et elle il ya NIHADE avec qui les contacts sont superficiels. Quand l'enseignant leur donne une activité, MINA tente de donner son idée mais ses camarades tournent la tête et lui disent « oh ! Laisse nous tranquille ». Et pourtant les autres jours comme quand elle a coupé ses cheveux ou elle ramène avec elle de bonne goûté (précise la période ou bien les caractéristiques des jours qu'elle réagit différemment) ils lui parlaient et rigolaient avec elle.

A cause de l'humiliation venante de ses camarades, MINA rougit et se retire. Elle met ses mains sur sa tête met son visage sur la table comme si elle dormait et aussi comme si elle n'a rien à faire. Pendant les activités, elle ne fait aucun effort pour les faire ou à participer.

Elle les observe quand ils sont concentrés à leur travail alors que dans les autres jours quand elle trouve une occasion elle parle et rigole avec eux. Suite à cette situation, MINA rougi et se retire avec la main sur sa tête ou bien elle s'étend sur la table comme si elle a rien d'intéressant à faire. Pendant les activités qui leur donnent le maître elle ne fait aucun effort pour les faire ou à participer. Le maître a tout essayé pour la faire venir au tableau et la faire participer mais en vain. Elle est hésitante quand elle répond et parle à voix basse en rougissant. Souvent il faut l'attendre qu'elle termine.

Au la récréation MINA reste la plus part du temps toute seule, elle s'assoit sur un banc mis à la disposition des élèves ou bien elle marche de long de la cour. Tout en regardant les autres jouer, elle ne les dérange pas et ne les provoque pas, au contraire se sont eux qui la

dérangent. Elle rejoint rarement ces camarades fille pour jouer avec elles car elles ne l'invitent jamais. MINA ne s'impose pas comme ses camarades filles sont plus petites de tailles qu'elle.

Elle évite ses camarades puisqu'elles ne se moquent de sa taille. Alors MINA préfère s'isoler que de les entendre. Un jour d'examen, le maitre leur donne des exercices soit à faire sur place soit à la maison. MINA sollicite l'aide des autres malheureusement ils ne l'aident pas. Le maitre passait entre les rangs pour vérifier le travail de ses élèves. Il a remarqué que mina trouve des difficultés alors il s'assoit à coté d'elle et il lui explique la démarche à suivre. Elle devient rouge, elle le fixe et l'écoute.

Entre deux cours, le maitre rigole et discute avec ses élèves pour diminuer la pression qui pèse sur les élèves. C'est une sorte de détente. Tout le monde répond. Mina riait toute seule. Elle se trouve dans une situation qui la pousse à s'extérioriser, à pleurer et à dire à tout prix que c'est elle qui a fait l'exercice. Le maitre procède au ramassage des copies quand il arrive à celle de mina, il jette un coup d'œil et remarque que la moitié de l'exercice est fait pour une autre personne. Elle ne voulait pas le dire. Après elle a avoué que c'est son père. Le maitre lui demande de dire à son père de venir le voir. Mais mina est choquée d'entendre ça car elle peur que son père ne la frappe.

Conclusion

On peut dire que MINA trouve beaucoup de difficultés à entrer en contacte avec ses camarades même à créer des affinités avec eux. Elle passe son temps à rester seule elle se comporte comme si elle n'est pas en classe. Elle se sent sous estimé ce qui provoque chez elle un sentiment d'infériorité par rapport à eux. C'est ce qui influe sur sa scolarité car personne ne lui adresse la parole et ne lui donne de l'importance.

CAS n°05 : OMAR**A/Présentation générale du cas :**

Omar est un garçon de 12 ans aux cheveux noirs et lisses et aux yeux noirs. Il est de taille moyenne. C'est le 2ème d'une fratrie de cinq enfants. Son père est comptable dans un établissement. Sa mère est une femme au foyer. Son niveau d'instruction est du secondaire. Omar est en 5ème année primaire. Il mène une bonne scolarisation sa note est de 9/10 de moyenne.

Omar présente un trouble du contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire.

B/ Données et analyses de l'entretien avec la mère :

Durant l'entretien, la mère riait souvent car elle ne se souvient pas de certains détails.

Omar est né à terme d'une grossesse désirée par le couple. Elle n'a pas consulté de médecin durant sa grossesse car elle n'avait pas rencontré de difficulté. Lors de son accouchement son enfant est resté 10 jours à l'hôpital. Les médecins ont remarqué que l'enfant a bu l'eau dans le ventre de sa mère. Omar est allaité naturellement pendant 18 mois quand aux premiers pas et aux premières paroles de son fils, la mère ne s'en souvient pas. Elle répond en riant « Je ne me souviens pas ». Les premiers contacts d'Omar étaient avec ses parents. Ils s'occupent bien de lui. Comme ses cousins habitaient loin, il vivait seul. Omar est timide et tranquille. Il adore quand on s'intéresse à lui ou qu'on le fasse sortir. Avec ses frères et sœurs, il manifeste une véritable jalousie. Il se querelle même avec eux. D'après les propos de sa mère ce n'est pas une jalousie au sens propre « OMAR est stricte, il impose des règles quand ses frères font des bêtises, il les conseille en leur disant ne pas faire certaines choses, il veut imposer le respect et l'obéissance».

OMAR est décrit comme le plus sage de ses frères et sœurs. Sa sœur aînée a un retard mental. Elle a subi une réanimation quand elle était bébé. Elle a un comportement d'un bébé et OMAR ne supporte pas les manies de sa sœur.

La mère a remarqué que son fils mouille souvent ses couches. C'est à l'âge de trois (3) ans qu'elle a appris la décision d'arrêter de lui mettre des couches. Il continue à uriner dans son lit six (6) nuits sur sept. Il va souvent aux toilettes. Dès que sa vessie est pleine, il faut qu'il la vide. La maman commence alors à s'inquiéter, elle ne sait pas quoi faire « je m'inquiète pour mon fils, car il sera obligé de se lever tôt pour prendre sa douche et changer

de vêtements et de literie. Chaque fois, il est puni pas des châtiments corporels en plus on lui interdit la télévision et l'ordinateur.

Ces parents n'ont pas refusé de l'emmener chez le médecin pour demander conseils ou pour lui prescrire des médicaments. Concernant les médicaments, ils ne sont pas consentants car ils ont peur des effets secondaires. Son petit frère et sa petite sœur aussi sont énurétiques et ne se moquent pas entre eux. OMAR a fait un suivi chez un psychologue qui lui a donné un calendrier mictionnel, mais aucune amélioration remarquable.

OMAR était scolarisé à l'âge de 5ans en classe préscolaire. Il était agressif et se bagarre avec ses camarades en engendrant des problèmes. A l'âge de 6ans, il est rentré en première année sans aucun problème d'adaptation. Il a changé radicalement et il est devenu plutôt discipliné et tranquille. Comme il habite juste à coté de l'école, OMAR y va tout seul ou avec ses frères. Sa scolarisation est bonne depuis son entrée à l'école. Aujourd'hui, il est en cinquième année primaire, ses enseignants l'adorent. Ses relations avec ses camarades sont basées sur des règles. Il ne se confronte pas avec ceux qui ont de mauvais comportements (verbaux ou corporels). OMAR s'est retiré et ne leurs adresse pas la parole jusqu'à ce qu'il s'excuse et qu'ils changent leur habitudes. Un de ses camarades connaît le problème d'OMAR.

C/ l'entretien avec l'enseignant :

Selon les propos de l'enseignant, OMAR n'était son élève que dans les deux dernières années « C'est un élève travailleur, respectueux envers son maître et ses camarades, c'est un bon exemple en étude et en discipline ». Le maître ignore qu'OMAR est énurétique. C'est lors de notre stage d'observation qu'on lui a expliqué son cas.

Il entretient de bonnes relations avec ses camarades (garçon ou fille). Pendant les cours il est tranquille et n'agresse personne. Son enseignant l'aime et l'encourage à persévérer dans ce chemin.

D/ Les données des observations :

Pendant les observations d'OMAR, on a remarqué qu'il entre normalement en classe. Il se met en rang avec ses camarades et leurs parle. En classe, il s'assoit à sa place habituelle qui est à la 2eme table à coté d'une fille SIHAM. Celle-ci est brillante mais bavarde. OMAR est attentif pendant le cour, il se concentre, il participe aux différentes activités données. Il

exécute son travail tranquillement sans parler avec ses camarades. Il discute rarement en plein cour « l'enseignant explique et donne des exemples, OMAR répète derrière lui et répond à tous les questions » et si quelqu'un l'interpelle en plein cours, il ne lui répond pas par peur d'être puni en la classe par l'enseignant. Ses communications dans la salle sont limitées.

A la récréation OMAR se détend et interagi avec ses camarades et joue avec eux. Il court partout car il se sent en liberté. Ils jouent à «cache-cache» et à «la maison du diable». OMAR se sent à l'aise quand il joue et quand il se trouve en groupe, son visage montre grand. Quand c'est on entend la sonnerie pour rentrer en salle, il exploite les dernières minutes qui restent pour jouer.

Après les 15 jours de vacance, OMAR est retourné avec une énergie et une grande volonté. Il est sérieux dans sa classe et respecte ses amis « au moment des exercices, HOUCINE l'appelle et lui répond gentiment ». L'une de ses camarades dit « la plupart des élèves de la classe se ridiculise et sont jaloux de lui car il est brillant et aimé par l'enseignant ».

Lors de l'expression orale, le maitre invite OMAR à passer au tableau mais il a refusé car il ne veut pas faire face au regard de ses camarades. Mais comme il a lu son texte à sa place sur son cahier et il était à l'aise. Durant notre observation, le maitre à interpeller sévèrement OMAR. D'ailleurs c'est la première fois, il a surpris OMAR entrain de parler avec ses camarades.

Conclusion

En résumant, on peut dire qu'OMAR entre facilement dans le groupe et participe à leurs interactions. Il se comporte avec spontanéité et respecte ses camarades. Dans son intérêt il garde le silence pendant les cours. OMAR n'a pas dépassé les limites. On n'a pas remarqué assez de changements, il garde le même comportement initial et profite au maximum pour jouer avec ses amis.

Cas n°06 : ELIAS**A/Présentation générale du cas :**

Il s'agit d'ELIAS, un garçon de 12ans aux cheveux noirs, aux yeux noirs et d'une taille moyenne. C'est le dernier dans sa fratrie, le père est simple employé dans la commune et la mère est une femme au foyer sans niveau d'instruction. ELIAS est en 5ème année primaire dont sa note est 8/10.

ELIAS présente un trouble du contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire.

B/ Données et analyse de l'entretien avec la mère :

La mère d'ELIAS est une femme modeste et très accueillante. Elle nous a mis tout de suite à l'aise. Assise sur des chaises l'une en face de l'autre, elle répondait à tous les questions qu'ont lui posé.

Selon les propos de la mère, elle a vécu une grossesse un peu difficile à cause des vomissements répétitifs. L'accouchement était avec une césarienne et tout c'étaient bien passé. Elle l'a allaité naturellement pendant 2ans. ELIAS a commencé la marche et la parole à l'âge d'un an. Ses premières communications étaient avec son frère aîné et ses parents. Chacun d'eux le gâte et lui fait ce qu'il voulait. Et même ses sœurs qui étaient à coté de lui dès sa naissance font attention à lui. ELIAS les aime et les respecte. Il aime ses parents et leur obéit « depuis qu'il était enfant il m'a pas fatigué, reste tranquille généreux avec tous le monde ».

A quatre (4) ans ELIAS est tombé malade. Les parents ne savaient pas quoi faire. Après l'avoir ramené à l'hôpital on lui détecté une appendicite. Selon les propos de la mère, quand il était enfant les couches d'ELIAS sont toujours mouillées même quand elle a arrêté de les lui mettre. Il mouille son lit, la mère n'y donne pas d'importance au début « il dort avec moi et je le réveille chaque nuit au moins deux fois, c'est tous ce que je peux lui faire ». C'est à l'âge de 5ans qu'ils ont pensé de le ramener voir un médecin généraliste. Il lui a prescrit des médicaments. Elle ne connaît pas leurs nominations et elles n'ont rien donné comme résultats. La mère décidait de ne lui rien faire et disait « il va les laisser avec le temps car ses deux frères aînés étaient énurétique et ils les ont laissé à l'âge de 14ans donc je ne vais pas m'inquiéter ». Elle a entendu à la radio que les parents qui ont des enfants énurétiques ils

doivent les faire dormir avec eux pour les faire réveiller, et elle suit ce conseil. La mère insiste dans ses paroles qu'elle ne le frappe que rarement et que personne se moque d'ELIAS.

A l'âge de 6ans ELIAS rentre à l'école, il n'a pas eu des difficultés d'adaptation ou refuser d'y aller car ses parents l'ont préparé lui et ainsi que sa sœur. Quand elle part il veut l'accompagner « il se lève chaque matin avec une volonté, il nous a jamais fatigué pour le réveiller ». Depuis sa première année, il était un bon élève toujours le premier, fait ses devoirs sans que personne ne le lui demande. Il ne s'absente pas parce qu'il aime pas rater un cours. Les parents n'ont jamais reçu de convocation de l'école car ses enseignants l'estime bien. Il est brillant dans ses études, tranquille et gentil avec ses camarades.

Elias fréquente tous les membres de la famille, il ne s'isole pas aime rigoler quand il se retrouve en groupe, et s'ils vont recevoir des invité à la maison ELIAS s'assoit avec eux et les parle.

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon les propos de l'enseignant, il l'a enseigné seulement ses 4 derniers mois, car son enseignante est en congé de maternité. Dans les premiers jours d'entrée en classe, il a remarqué qu'ELIAS se comporte poliment et rentre à la salle normalement et avec beaucoup de patience.

Il ne savait pas de l'état d'ELIAS au moment où on lui a dit. Quand on était entrain de chercher des écoliers énurétique il nous a dit « je n'ai pas pris beaucoup de temps dans cette classe et personne ne le dit ».

Le comportement d'ELIAS est bon, c'est un élève discipliné dans ses leçons et dans son comportement. Il est respectueux et obéissant aux conseils de son enseignant ainsi qu'avec ses camarades. Ses interventions sont limitées aux travaux donnés, sauf durant les pauses. C'est le seul élément dans toute la classe qui est brillant et tranquille.

D / Les données des observations :

À la cour des observations faites pour ELIAS, on a remarqué qu'il a l'air d'un élève timide tranquille et qui ne parle pas beaucoup. ELIAS s'assoit à la dernière table seul, il prend ses affaires croise ses bras et se concentre sur ce que dit l'enseignant. Il est attentif et participe aux différentes activités qu'il leur donne. Comme il est seul dans la table, ses communications dans la salle sont peu nombreuses. Quand l'enseignant sort ou au moment où

il écrit au tableau, il parle en chuchotant avec ses camarades des tables à côté. Il aime parler avec ses camarades au même temps ils sont jaloux de lui « Il ya MASSINE qui dit à ELIAS que le jour de l'examen il va écrire son numéro d'inscription. ELIAS a eu peur que MASSINE fasse ce qu'il a dit et il l'a même dit à son enseignant ».

A la récréation, il préfère rester dans un coin dans la cour avec ses amis. Ils ne jouent pas ils se contentent de parler et de discuter sur leurs loisirs et leurs études. Il rigole et se sent à l'aise avec eux, il se comporte différemment.

C'est au début du 2ème mois, qu'on a remarqué qu'ELIAS est sociable et communique avec les autres élèves seulement pour un temps bref. Il s'entretient avec eux dans la cour plus qu'en la salle où il est sérieux. ELIAS présente une certaine passivité en la classe. Il ne se bagarre avec personne et ne provoque pas. C'est ses camarades comme MASSINE et YOUNES qui essayaient tous le temps de le déranger pour qu'il parle afin que l'enseignant puisse le punir. La seule fois où il était puni c'était quand MASSINE se levait au tableau pour une expression écrite, comme MASSINE ne la pas fait il a commencé de bégayer et ELIAS riait. Quand l'enseignant a vu ELIAS en train de rire, il lui a adressé deux avertissements. MASSINE considère ELIAS son premier rival, puisque se sont des cousins. ELIAS est très aimé par la famille pour sa discipline et sa réussite à l'école. Il ne savait rien de la situation d'ELIAS. Il profite des occasions qui se présentent à l'école pour se moquer devant ses camarades.

Conclusion

D'après toutes nos observations sur ELIAS, on peut dire qu'il est de nature sociable, il a ses propres amitiés dans la classe et au niveau de l'école générale. Dans la salle il se comporte avec prudence et sagesse auprès de son enseignant. Ses interventions avec ses camarades sont timides car il préfère rester seul et de se concentrer sur ses cours. Alors que dans la cour il est détendu et bien à l'aise. Il parle et bouge avec eux sans les agresser physiquement ou verbalement. C'est tout le monde qui le sollicite et l'estime bien.

Le cas n°07: KARIM**A/Présentation générale du cas :**

KARIM est un garçon de 12ans aux cheveux châtain foncé, aux yeux noisette et d'une taille un peu grande et mince. C'est le 5ème enfant dans sa fratrie, le père est un maçon et la mère est une femme au foyer sans niveau d'instruction. KARIM est scolarisé en 5^{ème} année primaire avec une moyenne de 4 à 5/10. C'est un enfant calme.

KARIM présente un trouble du contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne secondaire.

B/ Données et analyse de l'entretien avec la mère :

La mère est d'une petite taille. Durant l'entretien elle a été sérieuse et objectives. Ses réponses étaient courtes donc nous n'avons pas pu collecter beaucoup d'informations.

La naissance de KARIM a été le résultat d'une grossesse désirée. La mère a vécu sa grossesse normale malgré sa fatigue à la maison que le couple occupe seul. L'accouchement était avec une césarienne sans complications. L'allaitement était artificiel pendant 13 mois. L'acquisition de la marche était en 9 mois et le langage à 10 mois, il avait de l'avance par rapport à ses frères, il n'a connu aucun problème de développement. Ses premières communications étaient avec ses parents et son grand-père. Ils le faisaient faire ce qu'il veut surtout le grand père qu'il le fait sortir en pleine nature quand il va dans au champ. Il se dispute des fois avec ses frères. Quand ils veulent jouer, ils vont regrouper leurs voisins et jouent à l'extérieur généralement là où il y a de l'espace.

KARIM n'avait pas de difficultés dans son rythme mictionnel, il a acquit la propreté nocturne et ses couches étaient sèche toute la nuit. Jusqu'à l'âge de quatre ans où KARIM rechute et commence à mouiller son lit d'un nombre de 5/7. Les parents au début étaient surpris. Ils n'ont pensé consulter un médecin ou de demander le conseil d'un proche. Personne de la famille ne présente ce problème. La mère disait « il a suffi de le réveiller chaque nuit au moins deux fois ». Avec l'absence du niveau d'instruction chez les parents ainsi que la sensibilité auprès de leur région où ils habitent et à l'école, ils n'avaient pas l'intention de se déplacer ailleurs « son père ne va pas tous les jours s'absenter de son travail pour l'emmener voir le médecin. Comme il a commencé à uriner dans son lit d'un coup il va les arrêter aussi.

KARIM est rentré à l'âge de 6ans en première année, les premiers jours il a manifesté un certain refus d'y aller mais après il s'est habitué. Il mène une mauvaise scolarisation de 5 de moyen dès son entrée à l'école. Il y va en groupe avec ses amis. À la maison il n'aime pas faire ses devoirs ni réviser ses leçons, « il ne montre pas d'importance aux études alors que cette année il va passer l'examen de fin d'année pour passer à l'enseignement moyen ». Son enseignant disait qu'il n'entend pas la voix de KARIM dans la classe, mais dans la cour il parle avec ses camarades, et aucun des élèves ne connaît son cas.

A la maison personne ne se moque de lui, « Karim est un enfant qui aime rester seul ne parle pas trop. Quand ils reçoivent des invités il se retire et il ne s'assoit pas avec eux ».

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon les propos de l'enseignant, le jour qu'il a commencé à enseigner dans la classe de KARIM , il y a 2ans de ça, il était calme et pendant toutes les séances il prononçait pas un mot. Concernant l'état de KARIM l'enseignant ne savait pas et il disait « ce n'était pas à nous de le reconnaître c'est le rôle du médecin scolaire et du psychologue ».

Son comportement dans la classe est celui qui ne fait pas de bruit, il ne participe pas et ne aucun essaie, et cela malgré les efforts pour le forcer à intervenir mais sans amélioration « c'est comme s'il vient seulement réchauffer sa chaise et pas pour étudier » donc il entrave le déroulement du cour. Par contre dans la cour il communique avec ses camarades et il se comporte différemment.

C/ Les données des observations :

KARIM dès son arrivé à l'école se dirige vers les rangs où se trouve ses camarades, mais ce qui nous a attiré l'attention c'est sa démarche qui paraît comme celle d'un adulte en levant ses épaules vers l'avant. Il s'assoit dans la 3ème table seule avant YOUNES à qui il prenait les affaires dont il a besoin et sans rien dire. Il reste tous le temps à observer les autres comment ils participent, il n'est pas gêné de sa situation. L'enseignant a essayé dans beaucoup d'occasions de le provoquer par des questions et de l'appeler au tableau, « KARIM se met debout sans qu'il parle ou répond même si c'est faux ». Il ne parle très peu avec ses amis, et généralement avec des gestes pour éviter les punitions.

Dans certains cas où KARIM se sent gêné, surveillé quand l'enseignant lui adresse un commentaire il rougit et en même temps se fâche en disant « pourquoi vous venez à l'école si vous ne faites rien et vous n'essayez pas de faire un effort ».

A la récréation KARIM reste avec YOUNES et ELIAS et d'autres s'assoient dans un coin pour discuter, ils ne jouent pas car ils pensent être trop grands et dépasser cette étape. Pour KARIM sa démarche le montre. Leur cour est petite et il n'y a pas assez d'espace pour pratiquer à différents jeux. Dans plus part du temps il circule juste dans la cour en parlant avec l'un des amis sans qu'il se bagarre ou se dispute avec quelqu'un.

Vers la fin de premier et début de deuxième mois d'observation, on a remarqué que l'enseignant a cessé de suivre KARIM, car il ne montre aucun intérêt « il les a donné une expression écrite à faire dans la classe, avec l'approche de son tour, KARIM commence à se stresser et attend la sonnerie de la récréation afin d'éviter la lecture de la sienne. Les élèves reçoivent des avertissements et des convocations pour leur comportement indiscipliné, mais lui c'est pour sa présence physiquement et son absence morale.

Conclusion

En résumant, on peut dire que KARIM établit un bon rapport avec ses camarades dans la cour et participe à leurs discussions. Il fait parti d'un groupe d'amis. Malgré sa timidité dans ses interventions en la classe, où il reste en croisant ses bras rien ne suscite de l'intérêt. Il est tellement calme au point que son enseignant se plaint de s'ennuyer du comportement de KARIM après ses tentatives pour l'aider.

Et le plus remarquable c'est son comportement, en dehors de la classe où il se relâche et il se comporte comme une personne grande, ses gestes et sa démarche. Comme personne ne savait de son état il se sent rassuré car ses camarades parlent avec lui.

Le cas n°08 : BILAL**A/Présentation générale du cas :**

BILAL est un garçon de 7ans aux cheveux noirs aux yeux marron. Il est un peu fort de constitution. C'est le 2ème d'une fratrie de 3enfants. Son père est un agent de sécurité et la mère est une femme au foyer d'un niveau moyen. BILAL est scolarisé en 2ème année primaire, son rendement est 5 de moyen. C'est un enfant très dynamique et actif.

BILAL présente un trouble du contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire.

B/ Données et analyse de l'entretien avec la mère :

La mère de BILAL est âgée de 35ans, elle a l'air d'une personne fatigué. Elle faisait de la rééducation chaque semaine. Elle a répondu à toutes nos questions.

La venue de BILAL est désiré par la mère beaucoup plus que le père. Ce dernier avait peur que sa femme ne tombe malade car son premier accouchement s'est fait par voie césarienne. La mère a bien vécu la grossesse de BILAL et l'accouchement était normal. Elle a choisi l'allaitement mixte pendant deux ans « je n'ai pas utilisé la sucette car BILAL la refuse ». L'acquisition de la marche et la parole était à l'âge d'1an « la mère nous répond et l'expression de son visage et de ses parole paraissent une sorte de regret ». Ses premières communications c'étaient faites avec ses parents même si la maison était pleine puisqu' ils vivaient avec la grande famille. Il est très gâté depuis sa naissance. Il est le plus attaché à sa mère qu'il accompagne partout où elle va. Son rapport avec ses frères est marqué par une masse se bagarre. L'un se sent gêné par l'autre et l'un jaloux de l'autre mais cela ne les empêchent pas de jouer ensemble. Ce sont comme sont des frères intime.

BILAL est aimé par les membres de la famille et il les fréquente tous. Comme leur maison se trouve en campagne, il sort avec ses amis en pleine nature pour jouer « c'est la bas qu'il trouve sa liberté de bouger et de se défouler à condition qu'il soit le leader ». Il aime pratiquer le sport surtout le foot d'ailleurs il a appris tous les noms de ses joueurs préféré et il les imite.

BILAL, à sa naissance il n'avait aucun problème de santé mais ses couches sont toujours mouillés. La mère peur de ne pas lui mettre de couche par risque d'uriner dans son lit. Dans une mesure de 7/7, il n'a pas acquit la propreté nocturne « quand je le réveille plusieurs fois dans la nuit il s'améliore à 4/7 ». La mère était très inquiète car BILAL grandit

et il ne cesse pas de mouiller son lit alors que son frère aîné était déjà propre à son âge. c'est quand il avait 5ans qu'elle a décidé de l'emmené chez un médecin généraliste qu'il lui a prescrit des médicaments « Anafranil ». Comme BILAL n'a pas réagit au médicament, la mère a pensé de consulter un psychologue. Elle en a profité en allant à la rééducation pour l'emmener avec elle « le père était contre que je le ramène voir un psychologue, il disait que je gonfle les choses et qu'il va les laisser avec le temps, car leur famille est énurétique même le père, leur famille n'acquit pas la propreté très tôt », les paroles de la mère sur son mari étaient troubles et on a sentait que leur relation n'est pas assez bonne et avec sa famille sans qu'elle rentre dans les détails. Avec ses consultations chez le psychologue BILAL progresse à 2 et 3/7, mais quand il s'arrête d'aller il rechute et retourne en début. La mère n'a pas pensé de demander conseil d'un proche car elle préfère faire les choses seule. Elle a fini de dire que c'est possible que ça soit héréditaire comme le dit le père.

BILAL a bénéficié d'une année de préscolaire à 5ans où il n'a pas eu de difficultés d'adaptation malgré son attachement à sa mère. Aujourd'hui il est en deuxième année. Malgré le suivi de sa mère qui est derrière lui pour qu'il fasse ses devoirs, BILAL n'obtient pas de bonnes notes. Depuis sa rentrée il a beaucoup d'amis à l'école qui ne laisse pas tranquilles.

Elle ajoute par rapport au comportement de BILAL, que c'est un enfant qui bouge trop, un grand perturbateur. Il ne peut s'asseoir à une place que pour une courte période. Il trouve un plaisir quand il provoque et agresse les autres et les excite ». D'après sa mère, a l'âge de 4ans, il a vécu une expérience qui l'a touché et influencé son enfance. C'est quand sa maman était obligée de partir sur Alger pour prendre soin de sa mère à elle. BILAL est resté 2 mois en absence de sa maman. C'est sa tante qui s'est occupé de lui. A son retour BILAL devient très attaché à elle par peur d'une autre foi. Il s'énerve rapidement pour de simples raisons.

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon les propos de son enseignant, depuis son emplacement à l'école il n'a manifesté aucun refus d'entrer en salle, par contre il s'est familiariser rapidement et rentre dans le groupe facilement. Ce qui à forcer son enseignant à lui changé la classe car il s'assoit avec AYMAN qui est son voisin avec qui il ne reste pas tranquille.».

L'enseignant ne savait pas de la situation de BILAL. C'est lorsque nous avons eu l'intention de rechercher des écoliers énurétique qu'il en prit connaissance «bien que je fais

toujours le tour dans la classe pour voir si un des élèves a des problèmes de santé, BILAL m'a pas dit et moi je n'ai pas remarqué ».

BILAL est un grand bavard et perturbe les cours et trouble ses camarades pour qu'ils le suivent dans ses bêtises « c'est un enfant hyperactif par rapport à ce qu'il fait soit dans la salle ou dans la cour ». Malgré ses tentatives pour l'aider soit pour son comportement ou pour ses études, il est faible et ne fait pas d'efforts pour étudier ni pour participer « BILAL me fatigue, toujours je suis derrière lui ».

D/ Les données des observations :

BILAL s'assoit dans la 2ème table avec LILIA qu'il ne s'arrête pas de déranger et de prendre ses affaires pour les jeter par terre. BILAL rentre facilement en classe. Il arrive tôt pour commencer à provoquer ses camarades dans les rangs. En rentrant en salle de classe, l'enseignant leur demande de prendre leurs affaires, BILAL s'assoit à sa place en tournant sa tête en arrière pour qu'il voit ce que font les autres et ceux qui ont ramené leur livre, et aussi pour voir celui qui parle. BILAL n'a pas encore pris le sien et en plus il bavarde avec ses camarades. Suite à ça l'enseignant lui adresse un avertissement. Il prenait ses affaires lentement en même temps qu'il parlait. Plusieurs fois il demande de lire ou de faire un exercice. Comme il n'est pas attentionné, il ne savait même pas toute leçon. Il cause souvent avec ses camarades et se déplace vers eux.

Vers la fin du premier mois, on n'a remarqué aucune amélioration concernant son comportement. Au moment de la récréation BILAL se précipite dans la cour pour rejoindre AYMAN et d'autres amis pour jouer leur jeu préféré ; la course de vitesse, cache-cache et la chambre du diable. Il ne passe pas une récréation où il ne se bagarre pas avec l'un de ses camarades et parfois il arrive à les frapper.

Dans le 2ème mois, BILAL continue à semer le chaos dans la salle. Quand l'enseignant le punit il disait que ce n'est pas celui qui bavarde et il commence à citer des noms des élèves de ceux qui bavardent. La plus part de son temps il le passe à ramasser ses affaires qu'il fait souvent tomber par terre puisqu'il bouge trop. Si on lui adresse une question il répondait par « quoi » et bégaie (baille). Ses camarades l'aime mais le déteste en même temps. Il fait de l'ambiance avec ses commentaires qui sont banals et le déteste quand il les laisse pas étudier, et personne d'eux n'est au courant de son problème donc ils ne se moquent pas de lui.

Conclusion

On peut dire d'après nos observations sur BILAL, qu'il est très sociable au point de devenir insupportable pour son comportement en classe. Il arrive à faire des relations et amitiés avec les autres. Il sait comment y arriver car son visage l'indique. Quand quelqu'un se rapproche de lui, il se cache le visage avec ses mains par peur de le frapper car il s'est habitué d'être puni.

Le comportement de BILAL est décrit comme agressif et hyperactif avec ceux qui l'entour et surtout avec ceux qu'il sent qu'il comme rivaux. Il préfère être puni pour faire l'intéressant. Il sait que d'être passif et calme personne ne le prêterait de l'attention.

Cas n°09 : YOUNES**A/Présentation générale du cas :**

YOUNES est un garçon de 12ans aux cheveux noirs et aux yeux marron. Il est fort de constitution. C'est le 4ème dans sa fratrie dont l'ainée est une fille. Son père est un plâtrier, et sa mère est une femme au foyer sans aucun niveau d'instruction. Elle n'est pas allée à l'école. YOUNES est en 5ème année primaire, il mène une mauvaise scolarisation de 5 de moyen.

C'est à l'âge de huit(8) ans que YOUNES présente un trouble du contrôle sphinctérien qui est l'énurésie nocturne secondaire.

B/Données et analyse de l'entretien avec la mère :

La mère est une belle femme de grande taille. Elle est généreuse et nous a bien accueilli. Elle a répondu à toutes nos questions.

YOUNES est né à terme d'une grossesse non désirée au début, la mère ignorait qu'elle était enceinte c'est qu'après une consultation chez le médecin qu'elle l'a su. Durant toute cette grossesse elle n'a fait aucun suivi médical. Elle a accouché à la maison à l'aide de la grand-mère. Elle se fatigue beaucoup avec l'entretien de la maison, de son mari et ses enfants. YOUNES a été allaité pendant 2ans par sa mère. Ses premières communications étaient avec tous le monde. Il est aimé par toute la famille et les voisins. Quand il est avec ses frères il se querelle avec eux. Il ne faut pas qu'ils restent ensemble. Il aime beaucoup sa sœur car elle est l'unique fille. Il a plus de penchant avec sa mère qu'avec son père « quand il était petit il me fatiguait pas, au contraire il était calme, toujours souriant, généreux surtout avec moi et sa grand-mère, mais maintenant il devient de plus en plus difficile en grandissant ». Et comme leurs maison se trouve en campagne entourée de voisins, ils le font sortir et joue avec lui. A l'âge de 7ans YOUNES commencé à uriner dans son lit alors qu'avant il était propre. Cinq (5) jour sur dix (10) la mère remarque que son fils mouille son lit, pour elle « Lorsque YOUNES mouille son lit c'est qu'on le frappe ou quand il fait des cauchemars ». La mère ne le puni pas et ne le frappe pas pour ça. Pour elle c'est une chose qu'il le dépasse et il cessera quand il grandira. Car c'est le cas de ses cousins qui étaient énurétiques. Ses parents n'ont pas pensé à consulter un médecin. C'est son école qui l'a convoque à voir un psychologue. Ils l'ont emmené qu'un ou deux fois, car son père était occupé par son travail, il ne peut pas l'emmener souvent donc ils ont laissé aller au temps.

A l'âge de 6 ans à son rentrée en première année, il s'est facilement intégré. La mère et sa sœur l'ont bien préparé en lui ont parlé des biens de l'école. Pendant les premières années YOUNES était bon élève. C'est à partir des 2 dernières années qu'il commence à rechuter. Il n'aime prendre ni ses livres ni ses cahiers pour réviser ou pour faire ses devoirs. C'est par la force de qu'il jette un coup d'œil à ses livres. Sa mère le suit même si elle n'est pas instruite.

A l'école, il a beaucoup d'amis à leurs sorties de l'école sur la route de la maison, il joue et ceux qui le connaissent l'interpelle.

Selon toujours les propos de la mère, le comportement de YOUNES a changé. Il est devenu un enfant difficile. Il refuse de répondre aux demandes de sa mère alors qu'il accepte celles des étrangers sans même qu'il murmure. YOUNES adore trouver la maison pleine de ses cousins surtout s'il y a ceux de son âge.

C/ L'entretien avec l'enseignant :

Selon l'enseignant actuel, il y a presque 5 mois qu'il enseignait YOUNES, car son enseignant précédent est en congé de maladie. YOUNES est trop bavard, il ne passe pas un jour sans qu'on fasse des reproches ou bien qu'il ne soit puni.

L'enseignant n'était pas au courant de l'état de YOUNES. Même l'administration ne sait pas donner la peine de le mettre au courant sur le cas de son élève, et YOUNES n'a pas soufflé aucun mot.

YOUNES est un élève perturbateur, il provoque ces camarades en classe ou dans la cour. Il ne participe pas et ne laisse pas l'enseignant faire son cours. Malgré la courte durée de l'enseignant dans cette classe, il a essayé de l'aider mais c'était en vain. YOUNES n'a montré aucune amélioration ni dans ses études ni dans son comportement.

D/Les données des observations :

Pendant les observations, on a remarqué que YOUNES entre facilement en la classe avec ses camarades. YOUNES s'assoit à la 3ème table, derrière lui KARIM et ELIAS. Quand il prend place, il regarde d'abord son enseignant si ce dernier se met face au tableau pour écrire. YOUNES commence à parler et à faire du bruit surtout quand il discute avec AYMEN. Ce dernier est aussi un élément perturbateur de la classe. YOUNES reçoit toujours des punitions. Il aime rigoler et causer avec ses camarades. Il a toujours un sourire sur son visage et ses camarades le sollicitent souvent. Dans la cours YOUNES n'est pas celui

qui aime participer et intervenir. Il fait ses exercices sur son cahier quand l'enseignant lui demandait de se lever au tableau il demande l'aide des autres.

Pendant la récréation YOUNES reste en groupe avec ses amis dans le même endroit sans jouer, alors ils parlent et rient ensemble. La cour est trop petite pour eux et se sentent trop grands pour courir. YOUNES s'entretient avec ses amis et même avec ceux d'une autre classe car tous le connaissent.

À deux mois de l'examen officiel, ils ont fait un examen blanc. Lors de la correction et de la remise des copies, YOUNES prend sa copie et regarde la correction faite en se demandant si s'il aura une bonne ou mauvaise note. L'enseignant est furieux et parle à haute voix et son regard se croise avec celui de Younes et à ce moment là il a compris quelque chose et il baisse la tête. Et sur les trois examens, il n'a pas eu de bonnes notes. Dans certaines activités, il rivalise avec les bons élèves afin de faire mieux qu'eux. Il les observe lors de la correction, s'ils répondent bien ou mal à ce moment il intervient et il leur fait signe qu'il est le meilleur.

Son enseignant l'interpelle souvent à cause de sa mauvaise habitude en classe « pour participer aux cours tu es muet mais pour des bêtises tu es le champion ». YOUNES agresse souvent les élèves dans la cour. Il les frappe. Il veut les dominer et impose ses idées. Avec sa grande taille il arrive à faire peur aux petits.

On n'a pas observé aucun changement ou une amélioration remarquable dans le comportement de YOUNES. Quand il est en classe, il essaie de suivre. Après il attend la sonnerie pour la récréation ou aller à la cantine. D'après ce qu'on a vu et remarqué, ses camarades ne sont pas au courant du problème de YOUNES.

Conclusion

En résumant, on peut dire que YOUNES arrive à établir des relations avec les élèves de sa classe ou de l'autre classe, dans la cour il ne reste pas seul toujours entouré par eux et intervenir à leur activités.

Concernant son comportement, YOUNES ne cesse pas de parler avec ses camarades malgré les interpellations de son maître pour qu'il se tienne correctement. Il ne rate aucune occasion pour déranger ou agresser quelqu'un.

2-Synthèse des résultats et discussions des hypothèses :

Les sujets de notre recherche sont âgés de 6 à 12ans, de 2 sexes dont il ya trois (03) filles et cinq garçons (06). La moitié d'entre eux sont des moyens frères d'une grande fratrie, à part MINA l'ainée d'une fratrie de quatre (04) enfants et LAHNA l'ainée d'une fratrie de trois (03) enfants.

Tous nos cas ont le père qui travaille, alors que la majorité des femmes sont femme au foyer d'un certain niveau d'instruction, sauf le cas de la mère (d'ELIAS et KARIM) qui n'ont aucun niveau d'instruction.

La moitié de nos cas acceptaient facilement la séparation avec leurs parents, et le fait d'aller chaque jour à l'école suite aux préparations de leur part, à l'exception de (KARIM, ELIAS, et YOUNES), malgré que (LAHNA, MINA, et YOUNES) sont très attaché à leurs parents. OMAR le seul à avoir un bon rendement scolaire, les autres cas ont des notes entre 5 à 7 et KARIM le dernier de quatre de moyen.

Concernant l'apparition de l'énurésie et l'acquisition de la propreté nocturne chez nos cas, on a remarqué que (LAHNA, MINA, OMAR, ELIAS, et BILAL) n'ont pas acquit la propreté nocturne, c'est-à-dire énurésie primaire. (NIHADE, MOUNIR, YOUNES, et KARIM) ont régressé après qu'ils l'ont acquit de plus de 3ans. Nous avons constaté que la majorité des parents de nos cas ont réagit positivement envers l'état de leurs enfants où ils ont cherché et demander l'aide d'un médecin soit médicale ou psychologique, sauf les parents de (LAHNA et KARIM) ont préféré de le laisser au temps et ils ont attribué à l'hérédité.

Quand à la réaction des enfants envers leurs pairs ainsi leurs comportement au sein de l'école, on peut dire que la plupart de nos cas entretiennent des bonnes relations avec leurs camarades, où ils passent leur temps entre eux et participent aux activités programmé et aux sollicitations de groupe. Comme le cas de NIHADE, elle est très sociable et aimée par ses camarades et son enseignant, car elle fait de l'ambiance. C'est le cas aussi de (OMAR et ELIAS) qui sont très estimés pour leur tranquillité et leur gentillesse envers leurs amis et leurs enseignants, sans qu'ils ne manifestent aucun comportement qui peut souiller leurs images.

En revanche certains comme (MOUNIR, et KARIM) réagissent négativement dans la classe et avec ses camarade aussi, ils préfèrent s'isoler et éviter les autres et à les observer

entraîné de loin. Pour KARIM c'est beaucoup plus le désintéressement envers ses études, alors que dans la cour il devient différent et communique avec ses amis.

On trouve aussi (BILAL et YOUNES) qui ont des manifestations agressives envers leurs camarades soit dans leur classe ou dans d'autre classe dès leur rentrée à l'école. Ils aiment déranger les autres, ils arrivaient même à les frapper et par conséquent ils reçoivent des convocations pour leur comportement indiscipliné. BILAL est un enfant hyperactif, il ne cesse pas de bouger dans toute les situations, c'est l'élément le plus perturbateur dans sa classe .

A leur tour (LAHNA, MINA et MOUNIR) sont timides et passifs et cela beaucoup plus en classe. Quand personne leur parle ou ils se sentaient mal à l'aise, ils rougissent facilement et se complexent et ne parlent qu'à voix basse. Surtout (MOUNIR et MINA) qui sont absents en la classe. Mais vers la fin des deux mois LAHNA a connu une amélioration remarquable plus que MOUNIR, mais MINA n'a manifesté aucune amélioration.

D'une façon générale, un changement léger a été constaté dans certains de nos cas, vers la fin des 2 mois, cela revient au comportement rassurant et empathique de leurs enseignants. A travers la récréation et les activités faites par l'enseignant ou par les élèves eux même, LAHNA et MOUNIR arrivent à s'intégrer et d'interagir avec les autres. Pour YOUNES cela lui a permis d'évacuer son agressivité dans beaucoup d'occasions.

On constate que nos hypothèses sont valables pour tous les cas sauf OMAR et ELIAS. Les enfants énurétiques scolarisés peuvent avoir des comportements antisociaux, dans la mesure où elle peut en résulter une agressivité, timidité ou encore une hyperactivité.

Conclusion Générale

Conclusion générale

En guise de conclusion de notre travail de recherche, on peut dire que malgré les lacunes qui se rapportent notamment aux difficultés rencontrées, ce travail est pour l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances. D'abord sur le plan théorique, ce travail nous a permis de comprendre l'énurésie, son étiologie, le mode de prise en charge, les différentes théories expliquant ce symptôme et de mieux comprendre le fonctionnement psychologique et comportemental des enfants énurétiques.

L'idée de départ de ce travail consiste que l'énurésie est l'un des trouble du contrôle sphinctérien qui existe chez les enfants dont la propreté n'était pas acquis, ou réapparaître chez les enfants dont la propreté était acquis, où les causes sont différent. Son influence peut être remarquée par les comportements de ces derniers.

Nous avons conclu, que les enfants énurétique scolarisés cachent leurs réalité à leurs camarades ainsi à leurs enseignants, sauf dans le cas où il ya une visite médicale à l'école. Ces derniers font ça afin d'éviter les moqueries de leurs camarades et de ne pas les visent leurs doigts. C'est pour ces raisons qu'on a remarqué que ces enfants adoptent des comportements antisociaux et ces comportements se différencient d'un enfant à un autre, ce qui affirme nos hypothèses.

Cette étude nous a permis d'aboutir à un certains nombres de remarques, c'est que les enfants énurétiques scolarisés adoptent des comportements agressifs pour qu'ils soient toujours eux les dominants et de ne pas montrer leurs points de faible. Alors que d'autres se retirent, s'isolent et se comportent avec une timidité préférant de rester seul et négliger que d'être le sujet de discours de leurs amis.

L'énurésie est plus fréquente chez les garçons que les filles, où on seulement trois (3) filles dans notre étude et que l'agressivité est remarqué beaucoup plus avec les garçons que avec les filles. Une chose qu'on a trouvé presque avec tous les parents de nos cas, est qu'au début n'éprouvent pas d'importances à ce symptôme, où ils renvoient la cause de l'énurésie à l'hérédité.

Les observations et les remarques que nous avons recueilli sur le terrain d'étude nous offre l'opportunité de soulever quelques suggestions :

- **Pour les autorités concernées :**

De renforcer des sorties de sensibilité surtout dans les zones rurales où il ya un manque de conscience chez les parents par la distribution des publications expliquant les différentes prise en charges possible, et d'assurer que chaque établissement contient son propre psychologue et médecin pour qu'ils soient à la porté de l'élève à tous moment.

- **Pour les parents d'enfants énurétiques:**

Il est utile et profitable pour ces parents, de se rapprocher des services psychologiques pour que leurs enfants bénéficier d'une prise en charge, ce qui va leur permettre de dépasser leurs inquiétudes et leurs difficultés, mais toujours avec leurs aide et soutient et sans culpabiliser les enfants ce qui peut aggraver leurs état.

- **Pour les chercheurs :**

De multiplier leurs efforts et leurs recherches sur le coté psychologique et social des enfants énurétique surtout à l'école, pour apporter plus d'éclaircissements sur ce thème. Nous espérons à travers ce modeste travail contribuer à faire la lumière sur le thème énurésie et comportement social chez les enfants scolarisés et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

Liste Bibliographique

Liste bibliographique

1/Ouvrage :

- 1-AJURIAGUERRA (DE. J), Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson, 1970.
- 2-BEE (H), BOY (D), Psychologie de développement : les âges de la vie, Bruxelles, De Boeck, 2003.
- 3-BERNARD (P), TROUVE (S), Sémiologie psychiatrique, Paris, Masson, 1977.
- 4-BLOCH (Y), Psychopathologie clinique, Paris, Ellipses, 2003.
- 5-BONNIN (A. B), Les hauts et les bas de l'énurésie nocturne, Québec, 2008.
- 6-BOURCET (S), DOMENICHINO (S. P), TYRODE (Y), Psychopathologie clinique, Paris, Ellipses, 2003.
- 7-CARTRON (A), WINNYKAMEN (F), Les relations sociales chez l'enfant, Paris, Armand colin, 2004.
- 8-CHAHRAOUI (KH), BENONY (H), Méthodes, évaluation et recherche en psychologie, Paris, Dunod, 2003.
- 9-CHARTIER (J), Psychologie : commencez avec les meilleurs professeurs, Paris, Eyroues, 2007.
- 10-CHAHAUD (J), Précis de psychologie de l'enfant, Paris, Dunod, 2005.
- 11-CICCONE (A), L'observation clinique, Paris, Dunod, 2006.
- 12-COCHAT (P), Enurésie et trouble mictionnel de l'enfant, Paris, Elsevier, 1997.
- 13-DENTZ J. P, L'énurésie bilans et rééducation, Paris Stains, Clinique de l'Estrées.
- 14-DESFAYES M, Origine des noms oiseaux et des mammifères d'Europe, Paris, Edition Pillet, 2000.
- 15-EMILIEN (G), L'anxiété sociale, Paris, Mardaga, Novembre 2003.
- 16-EYSENK (H. J), La névrose et vous, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1979.
- 17-ESSAIAMBRE (L), CHEVALIER (N), L'hyperactivité au diapason de la musique et du français, Canada, Presse de l'université de Québec, 2009.
- 18-FENNETEAU (H), Enquête entretien et questionnaire, Paris, Dunod, 2007.
- 19-GILBERT (R), Psychologie et éducation de l'enfant, Paris, Fleurus, 1971.
- 20-GUELFY (J. D) et al, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 2003.

Liste bibliographique

- 21-GUENICHE (K), Psychopathologie de l'enfant, Paris, Armand colin, 2007.
- 22-GUIDERE (M), Méthodologie de la recherche, Paris, Ellipses, 2005.
- 23-JOLIBERT (B), L'éducation d'une émotion, trac, timidité, intimidation dans la littérature, Paris, L'harmattan, 1997.
- 24-LAVARDE A, Guide méthodologie de la recherche en psychologie, Bruxelles, De Boeck, 2008.
- 25-LIEURY A, Psychologie pour l'enseignant, Paris, Dunod, 2010.
- 26-LABAT (J. J), Les thérapies comportementales dans l'énurésie, Constat, 1996.
- 27-MICHEL (D), ANSSEAU (M), D'HAENEN (H), PEUSKENS (J), LINKOWSKI (P), Manuel de psychopharmacothérapie, Paris, Gent académie presse, 2003.
- 28-NEVID (J), RATHUS (S), BEVERLY, Psychopathologies, Paris, Pearson education, 2009.
- 29-OSTERIETH (P), Introduction à la psychologie de l'enfant, Bruxelles, De Boeck, 2004.
- 30-PAHLAVAN (F), Les conduites agressives, Paris, Armand colin, 2002.
- 31-PARENT (G), CLOUTIER (P), Initiation à la psychologie, Québec, Beauchemin, 2009.
- 32-RENAULT (A), Psychologie et développement de l'enfant, Pays de la noire, CEMEA,
- 33-SAHUC (C), Comprendre son enfant : 0-10ans, Paris, Tudyrama, 2006.
- 34-SCHMITZ (J), La rousse des parents, vous et votre enfant, Montériel, La rousse bordas, 1999.
- 35-TAVRIS (C), WADE (C), Introduction à la psychologie : les grandes perspectives, Bruxelles, De Boeck, 1999.
- 36-THONG (T), Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie, Sorbonne, Librairie philosophie vrin, 1992.
- 37-TOURRETTE (C), GUIDITTI (M), Introduction à la psychologie de développement du bébé à l'adolescent, Paris, Armand colin, 1991.
- 38-VANTALON (V), L'hyperactivité de l'enfant, Paris, John Libbey Eurotext, 2005.
- 39-WESTEN D, Psychologie: pensée, cerveau et culture, Paris, De Boeck, 2000.

2/ REVUE :

1-MANAI (A), « L'énurésie et ses thérapies », in *El Tawassol*, 2009, n°14.

2-MANAI (A), « Attitudes parentales vis-à-vis de l'enfant énurétique en milieu algérien », Annaba, Université badji mokhtar.

3-BONNIN (A. B), « Les hauts et les bas de l'énurésie nocturne », in *le médecin du Québec*, Québec, novembre 2008, volume 43, n°11.

4-BAIE (F), « Les jeux à l'école : chimère culturelle ou réalité ? », analyse UFAPE, Bruxelles, 2009, n°5.

5-BERUBE (A), POULIN (D), « La relation famille école selon la perspective des parents et d'adaptation sociale des enfants présentant des difficultés de comportement », in *revue de psychoéducation*, Montréal, Québec, 2007, volume 36, n°01.

6-BOIVIN (M), « Origine des difficultés dans les relations entre pairs pendant la petite enfance et l'impacte sur l'adaptation psychosocial et de développement des enfants », Canada, Ecole de psychologie et université de Laval.

7-BOUDREAU (G) et al, « La violence au milieu scolaire », Canada, ACELF, 2004, volume XXII : 1- printemps.

3/Dictionnaire :

1-BLOCH (H) et al, Grand dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse Bordas, 1999.

2-DORON (R), PAROT (F), Dictionnaire de psychologie, Paris, Quadriga, 1991.

3-SILLAMY (N), Dictionnaire de psychologie, Paris, Fleurus, 1971.

Site d'internet :

1-[http:// www-cps.ca/ français/ énoncé/ CP/ CP 05-02 htm](http://www-cps.ca/français/énoncé/CP/CP05-02.htm). 15:20h

2-[http:// www. Ecole psychanalytique-lr. Com/ textes/ series-maman-j-ai-peur-d-Vincet 2. Htm](http://www.Ecolepsychanalytique-lr.Com/textes/series-maman-j-ai-peur-d-Vincet2.Htm). 22 :00h

3-[http/ www.psychiatrie- free-h.fr/ pédo psychiatrie/ écrite](http://www.psychiatrie-free-h.fr/pédo-psychiatrie/ecrite).10:05 h

4-[http/ www.fr wikipédie.org/ wiki/ personnalité antisociale](http://www.fr.wikipédie.org/wiki/personnalité_antisociale). 23 :35h

Annexe

Annexe A

Guide d'entretien : avec les mères

- Renseignements personnelles
- Nom, Prénom
- Age
- la situation professionnelle
- Nombre d'enfant énurétique

AXE I : Développement de l'enfant

- Que représente pour le fait d'avoir un enfant ?
 - Quelle étaient les difficultés rencontrer durant cette grossesse ?
- Est – ce que vous avez consulté un médecin durant cette période là ?
- Comment avez-vous vécu votre accouchement ?
- Comment l'avez-vous allaité (sein, biberon) ?
- Combien de frères et sœurs en a –il ? Quel est leur âge ?
- Quel est le classement de votre enfant dans sa fratrie ?
- À partir de quel âge l'avez-vous sevré ? Comment a il réagit ?
- À quel âge a- t- il commencé à parler ?
- À quel âge a- t- il marché ?
- À partir de quel âge votre enfant a- t- il commencé à établir des premiers contacts avec d'autres enfants ?
 - a).Avec qui en particulier?
 - b).Comment se comportait-il ?
- Comment est sa relation avec ses frères et sœurs ?
- Comment elle votre relation avec votre enfant ?

AXE II : l'acquisition de la propreté :

- Dès sa naissance est ce que votre enfant a eu des difficultés ou une certaine affection au niveau de sa vessie ?
- Qu'elle âge il a votre enfant quand tu as cessé de lui mettre des couches ?
- Dans qu'elle période il reste propre beaucoup plus la nuit ou la journée ?
- Son rythme mictionnel était normal ? Combien de fois il vide sa vessie ?
- combien ça duré avant qu'il rechute et perte son contrôle mictionnel ?
- a votre avis c'est du à quoi ?

AXE III : Les premières réactions des parents suite à l'annonce

- Pouvez-vous me parler de la façon dont vous avez pris connaissance des difficultés de votre enfant ?
- Comment avez-vous vécu, réagit a l'annonce du « problème de contrôle » de votre enfant ?
- Dans cette période qu'est ce que vous décidez de le faire ?
- Est-ce que vous le frapper où vous le puni comment ?
- Suite a cette découverte qu'avez-vous fait ? (parler à un proche, à un professionnel).
- Que vous a-t-on dit ? (par exemple, qu'il faudrait peut être consulté un pédiatre, un généraliste, un psychologue qu'il ne fallait pas s'inquiéter, question de temps et d'âge le développement serait normal,...).
- Quelles informations et quelles orientations vous a-t-on donnes ?

AXE IV : L'Entrée à l'école :

- Parlez-moi de l'entrée de votre enfant à l'école ?
- Comment a-t-il réagit au cours des premières journées ?
- Il est en qu'elle année ?
- L'avez-vous déjà préparé ?
- Avez-vous remarqué des changements depuis son entrée à l'école ?

- a). Sur le plan social ?
- b). Sur le plan de l'apprentissage pédagogique ?
- Est-ce qu'il part tout seul à l'école ou accompagné soit par vous ou l'un de ses frères ?
- Est-ce qu'il mène une bonne scolarisation ? Si non, depuis quand ?
- A votre avis pour quelles raisons ?

AXE V : Le comportement social de l'enfant

- Est-ce qu'il a déjà vécu une expérience qui a lui touché soit dans famille, ou au niveau de l'école qu'à ce moment il n'arrive pas à la surmonter ?
- Comment votre enfant se comporte à la maison ?
 - a) Est-ce qu'il aime rester tout seul ou toujours entouré par quelqu'un ? si oui avec qui surtout ?
 - b) A la présence des invités à la maison est-ce qu'il sera timide et il les évite, ou bien il reste avec eux et il les fréquente ?
- Est-ce que vous pensez que votre enfant manifeste certains comportements que vous les considérez comme une conséquence de son symptôme ? Si oui quels sont ?
- Quelles sont les relations que votre enfant entretient avec les autres enfants surtout avec ses camarades de l'école ?
- Est-ce qu'ils ont l'habitude de vous convoquer à l'école à l'occasion que :
 - a) Votre enfant provoque ses pairs et les agresse
 - b) Il ne participe pas dans la classe, il s'isole évitant tout contact avec les autres
 - c) Il bouge trop il ne laisse pas ses camarades et son enseignant faire le cours
- Est-ce qu'il ya un membre de la famille qui sait de sa situation ou l'un de ses amis ?
- Est-ce qu'il moque de lui ?
- Comment il devient ou bien il se comporte quand quelqu'un le nomme « bowal » ?

Annexe B

Guide d'entretien : avec les enseignants :

Renseignement personnelle

- nom
- prénom
- niveau d'instruction

Axe I : parcours professionnel

- Avez-vous choisi ce domaine ? Pourquoi ?
- Depuis combien d'année travaillez-vous dans cette école ?
- Qu'en pensez-vous du travail que vous réalisez auprès des enfants ?

Axe II : Réaction des enfants lors de premières journées de leur entrée

- Qu'elle était la réaction de l'enfant (x) face à la séparation avec ses parents durant les premières journées ?
- Comment l'enfant réagit-il envers les autres enfants au début de son emplacement ? Prenait-il l'initiative d'aller vers les autres ? Comment ?
- Depuis combien de temps a-t-il manifesté des changements ?
- Comment le trouvez-vous aujourd'hui ?

Axe III : comportement de l'enfant dans l'école

- Etes-vous conscient de la difficulté de l'enfant (x) ? Si oui Comment réagissez-vous à ce comportement ? Est-ce que vous lui avez parlé ou orienté chez le médecin scolaire ?
- Comment se comporte –t-il dans la classe avec vous et auprès de ses camarades ? Même dans la récréation ?
- Comment il est dans la classe est ce que c'est quelqu'un qui aime participer et intervenir à tous moment ou bien le contraire suffit d'observer ?
- Est-ce que vous considérez que son symptôme influe sur son comportement et ses études ?

