

UNIVERSITE ABDRAHMANE MIRA DE BEJAÏA.

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCE SOCIALES.

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE.

En vue de l'obtention d'un diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique.

THEME

L'énurésie et la phobie sociale chez les enfants Scolarisés.

Etude de 8cas a l'UDS D'AKBOU.

Réalisé par :

M^{elle} OUAZAR Fadia

M^{elle} OUYESSAD Mekioussa

Encadré par :

M^{r.} GHOUAS Yacine

Promotion : juin 2015.

Remerciements

Le plus grand merci s'adresse au bon Dieu, le tout puissant de nous voir accordé le courage et la volonté pour accomplir ce travail.

Nous tenons à présenter nos remerciements avec une profonde reconnaissance et gratitude a nos parents.

Nous tenons à adresser notre plus vivement remerciement à Mr GHOUAS Yacine notre promoteur, pour avoir accepté de nous guider sur le bon chemin et sa disponibilité, ses conseils avisés, et son soutien.

Nos remerciements à la psychologue de l'UDS, M^{me} Hayate qui nous a encouragé toujours et de nous donner la force d'aller jus qu'au bout et pour son aide précieux et ses conseils pendant la période de stage et bien sur pour sa générosité.

A toute personne qui nous a aidées de prés ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Mekioussa et Fadia

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents qui étaient toujours là à mes côtés pour m'orienter vers la bonne voie. Ce travail est le fruit de leurs sacrifices, et leur soutien.

A mes chers frères Younes et Mekhlouf.

A mes chères sœurs Mouna et Ania .

A mes cousins et cousines et a toute la famille OUYESSAD.

A toutes mes copines, Samira, Karima, Samia, Luisa et à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de près ou de loin.

A la mémoire de m'on grand-père qui ma aider toute au long de m'on parcours d'étude. Qu'il repose en paix,

A toute la promotion de deuxième année master en psychologie clinique et à tous les enseignants du département de science humaine et sociale.

Mekioussa

Dédicaces

Je dédie le fruit de mes efforts :

A la personne la plus chère à mon cœur, celui qui a été un exemple de sagesse et d'honnêteté pour moi. A toi mon père que dieu le garde pour nous.

A celle qui m'a couvert de tendresse et qui a sacrifiée sa vie et son bonheur juste pour voir ses enfants réussir. A toi ma douce mère.

A mes adorables frères. A toi Razik, Karime, Halim, Toufik et sa femme Hakima et leurs ange Massilasse que dieu le guérirt A la plus adorable petite sœur au monde. A toi Roza que dieu te protège.

A ma grande sœur Ghania et son mari Mouhande Akli et leurs enfants, le petit Walid, Milissa, Sofiane et a toi linda pour ton soutien et ton aide précieux.

A la source de ma joie et mon bonheur. A toi Massinissa que Dieu te donne le courage pour dépassé votre calamité, et a votre famille Tighilt.

A mes meilleurs amis : Sousou, Sissa, Lahna, Kaissa, Kouka, Nina, Kanza, Hassiba, Asma, Mina, Nassima, Amina, Nabil, Boudjemaa, Madjide, Slimane, Imsal, Cherif, Djaafar. Merci pour les bons moments passé ensemble.

A toi ma chère Fifi qui est toujours là pour me soutenir et encourager pour dépassé toute mes douleurs dans la vie et sans oublier votre adorable famille.

Je voudrais également le dédier à toute la famille Ouazar.

Fadia

Sommaire

Partie théorique

Introduction

Chapitre I : le cadre méthodologique de la problématique

1-La problématique	4
2- Les hypothèses	6
3-La définition des concepts	7
4-Les raison du choix de thème.....	10

Chapitre II : L'énurésie chez les enfants

1-Préambule	13
2-L'histoire de l'énurésie	13
3- La définition de l'énurésie	14
4-L'évolution de l'énurésie	16
5-Les types de l'énurésie	17
6-L'épidémiologie	19
7-Les causes de l'énurésie	19
8-L'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant énurétique	23
9- Les mesure thérapeutique adopte par les parents	26
10-Le diagnostique	26
11-Les répercutions de l'énurésie sur la vie sociale de l'enfant	27
12-La prise en charge de l'énurésie	28
Synthèse	32

Chapitre III : la phobie sociale chez les enfants scolarise

Préambule	34
1-Histoire de la phobie sociale	34
2-Définition de la phobie sociale	35
3-Les types de la phobie sociale	37
4-Les symptômes de la phobie sociale	37
5- Les caractéristiques de la phobie sociale chez les enfants	38
6-Critère de diagnostique da la phobie sociale	38
7-Les troubles associe à la phobie sociale	40
8-Manifestation de la phobie sociale au milieu scolaire	41
9-répercutions de la phobie sociale chez les enfants	41
10- la phobie sociale selon le modèle de conditionnement et le modèle cognitif	43
11-traitement de la phobie sociale	44
Synthèse	47

Partie pratique

Chapitre IV : La démarche méthodologique de la pratique

Axe I : la démarche méthodologique

Préambule	48
1-La pré-enquête	48
2-Lieu de recherche	50
3-La population d'étude	52

Synthèse	61
----------------	----

Axe II : Présentation, analyse et discussions des résultats

Préambule	62
1-Présentation des données de l'échelle	62
2-présentation des données des entretiens	63
3-discussions des hypothèses	91
4-synthèse des résultats	93
Conclusion générale	95
Bibliographie	97
Annexe	

Introduction

Les étapes que l'enfant aura à traverser tout au long de son enfance sont nombreuses comme l'acquisition du langage, de la marche mais certaines sont plus compliquées que d'autres, parmi ces étapes on retrouve l'acquisition de la propreté qui est la plus essentielle non seulement pour l'enfant mais aussi pour ses parents. D'après Dumas le contrôle de la vessie est une étape fondamentale dans le développement du jeune enfant et exige beaucoup de patience des parents.

La petite enfance est donc la période pendant laquelle l'enfant doit acquérir un nombre considérable de compétences essentielles au développement de son autonomie, parmi lesquelles l'apprentissage de la propreté, l'auteur postule ainsi que les troubles de contrôle sphinctérien sont la conséquence d'un apprentissage développemental.

L'énurésie est souvent très mal vécue par l'enfant. En fonction de la manière dont ce trouble est perçu par ses parents et son entourage. Mais quelque soit cette perception les jeunes énurétiques confrontent d'importantes déceptions et une perte de l'estime de soi. Submergé par la peur intense, l'enfant a la sensation de ne pas pouvoir résoudre ses problèmes il faudra réagir avec délicatesse et de ne pas associer à son malaise un isolement affectif ou social. Car l'énurésie souvent minimisée peut réellement altérer la qualité de la vie sociale de l'enfant.

En effet, l'énurésie est un trouble qui est largement répandu au sein de la société Algérienne ce qui nous a poussés à mener cette modeste recherche

A travers cette étude, on va essayer de parler de l'énurésie et sur son effet sur la phobie sociale chez les enfants scolarisés âgés de 8 à 12ans.

Afin d'arriver à terme de notre objectif de recherche, nous avons opté pour le plan de travail, qui se compose des éléments suivants : chapitre I, un cadre méthodologique de la problématique qui comporte : une problématique des hypothèses et la définition des concepts clés.

Une partie théorique qui est divisée en deux chapitres : chapitre II, qui est intitulé l'énurésie chez les enfants et le chapitre III, intitulé la phobie sociale chez les enfants scolarisés.

Une partie pratique qu'est-elle aussi divisée en deux parties, l'axe I où on va parler sur la démarche méthodologique : la méthode appliquée, l'échantillon d'étude et les outils utilisés. Et dans l'axe II on va aborder la description et l'analyse des résultats. En fin on termine notre étude par une conclusion générale.

Chapitre I : le cadre méthodologique de la problématique

1-La problématique
2- Les hypothèses
3-définition des concepts
4-raison et choix du thème

La problématique et formulation des hypothèses

1/ La problématique

Dire que l'enfant est le premier agent de l'éducation c'est simplement manifester qu'on croit en ses possibilités intrinsèques que de reprendre activement à ses influences et à ses stimulations. **Minder. M, 1980.**

Dire qu'il est le premier agent, c'est reconnaître que les éducateurs ne peuvent être que des investigateurs, des guides, ce sont eux qui proposent les apprentissages mais c'est lui seul qui pourra les mettre on œuvre et les vivre.

Ce qui différencie une famille d'une autre sur le plan d'apprentissage des enfants est l'attitude des parents à l'égard, c'est la source multiple du bien ou de l'échec d'apprentissage des comportements et c'est souvent un problème psychologique qui survient au niveau de la personnalité de l'enfant et nuis au développement de l'enfant comme le problème de langage, de peur, d'angoisse, de violence et problème de l'apprentissage de la propreté.

Pour les psychanalystes l'accès au stade anal suppose que l'enfant est capable de contrôle volontaire de ses sphincters et du point de vue de l'évolution affective correspond à un changement important, car c'est l'oralité qui accompagne une dépendance passive vis a vis de la mère qui établit un contrôle de demande entre les deux partenaires. La mère cherche à contraindre l'enfant à éliminer, se discipliner, c'est donc obéir à la mère. **Batoille. M et autre ,1984.**

Si l'enfant est censé être propre à l'entrée en crèche exiger qu' il soit également la nuit est anticipé, chaque chose en son temps.la propreté nocturne étant généralement acquise entre 3 a 5 ans en fonction des enfants et leur éducation on considère donc le pipi ou lit comme un problème seulement à partir de cinq ans, âge auquel l'enfant peut contrôler ses sphincters y compris la nuit.

Dans l'épreuve de l'éducation de la propreté la mère est la source de conflit en double plaisir est recherche auprès de la mère se soumettre pour être aimé d'elle, s'opposer pour exercer son propre pouvoir donc il ya une ambivalence, une stabilité et une harmonie dans la relation parentale déterminant avantageusement l'équilibre psychoaffectif de l'enfant et le dépassement de certains problèmes inhérents à son développement.

C'est ainsi qu'une situation familiale conflictuelle avec séparation répétée d'avec les parents ou encore une absence épisodique d'un des parents favorise la mise en place de problème ou l'aggravation de ceux déjà existants.

Faire pipi au lit est souvent très mal vécu par l'enfant. En fonction de la manière dont ce trouble est perçu par ses parents et son entourage, il peut culpabiliser. Mais quel que soit l'accueil, les jeunes énurétiques vont très souvent faire face à d'importantes déceptions et à une perte de l'estime de soi. Submergé par l'angoisse, l'enfant a la sensation de ne pas pouvoir solutionner son problème.

L'énurésie souvent minimisée peut réellement altérer la qualité de la vie sociale de l'enfant terrorisé à l'idée que quelqu'un découvre à l'école qu'il fait pipi au lit.

L'énurésie peut provoquer chez 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 alors il va s'isoler de ses camarades des conséquences néfastes sur lui comme l'échec scolaire, la violence et la phobie.

A partir de toutes ces informations on pose la question suivante :

Est-ce que les enfants énurétiques présentent une phobie sociale ?

Et pour tenter de répondre à la question de départ, nous avons formulé une hypothèse générale et trois hypothèses opérationnelles, qui sont de nature à nous orienter dans l'élaboration de notre travail de recherche.

2/ Les hypothèses

L'hypothèse générale :

Les enfants ayant une énurésie peuvent avoir une phobie sociale.

Hypothèses partielles :

-L'enfant ayant une énurésie présentant une image de soi faible.

-L'enfant ayant une énurésie présentant une inadaptation avec les groupes des paires.

- L'enfant ayant une énurésie présentant une peur de dangers menaçant son intégrité ou celle des parents.

3/ Définition et opérationnalisation des concepts

1-Définition théorique des concepts :

-L'énurésie

Émission d'urine dont le déclenchement est involontaire et inconscient, le plus souvent pendant le sommeil.

La miction, active, complète, de déroulement normal, survient chez un enfant à un âge où le contrôle sphinctérien est normalement acquis, plus souvent chez un garçon. **Bloch .H et all, 1999**

-La Phobie sociale

La phobie sociale se manifeste par un évitement des situations dans lesquelles le sujet serait amené à être observé et critiqué par les autres : prendre la parole devant plusieurs personnes, aller au restaurant, etc. ; la peur de rougir, de trembler, voire de vomir peut accompagner ces phobies. **Bloch .H et all, 1999**

-L'estime de soi :

Elle correspond à la peur de ne pas réussir, à la crainte que l'image sociale soit l'objet des critiques. **Véra .L ,1996**

-Interaction groupe des pairs :

Les interactions entre pairs vont amener deux individus du même niveau à interagir. Il s'agit d'un système relationnel entre élèves. **Véra .L ,1996**

-La peur des dangers menaçant l'intégrité familiale :

C'est la peur de danger physique concernant le jeune et ses parents comme la crainte de rupteur ou de séparation. **Véra .L ,1996**

2-Opérationnalisations des concepts

L'enfant énurétique :

On parle d'enfant énurétique qu'on se dernier :

-Fait pipi ou lit pendant le sommeil, ou dans c'est vêtement pendant la journée, inconsciemment ou consciemment volontairement ou involontairement après ou avant l'acquisition de la propreté.

-L'enfant et toujours mouille et humide

-Une émission d'odeur fréquente.

La phobie sociale chez les enfants scolarise :

-La phobie sociale est une peur déraisonnable, fortement marquée et persistente.

- Peur d'être évalués négativement et la peur d'être considérée comme étant faible.

-De ce fait l'enfant s'isole de ses camarades, il reste seul et ne joue pas avec eux.

L'estime de soi :

L'estime de soi faible chez les enfants :

-La peur que les autres élèves se moquent de lui.

-La peur de redoubler.

-la peur que ses professeurs se moquent de lui.

-la peur que les autres remarquent ça gêne.

- Interaction groupe des pairs :

Les interactions entre pairs vont amener deux individus du même niveau à interagir. Il s'agit d'un système relationnel entre élèves.

Et peur l'enfant qui souffre de phobie sociale :

-La peur de parler avec des enfants de son âge.

- la peur de répondre à des questions en classe.

-la peur de manger à la cantine.

La peur des dangers menaçant l'intégrité familiale :

-la peur de mourir.

-la peur d'être qu'elle que par sans ses parents.

-la peur du noir.

-La peur qu'il arrive un danger aux parents.

Où nous allons utiliser l'échelle d'anxiété "ECAP" pour mesurer la phobie sociale.

4/Intérêt et choix du thème

4/1Choix du thème

Pour le choix de notre thème c'était notre encadreur qui nous a proposés de nombreux choix comme : l'échec scolaire, la violence chez les enfants et la phobie sociale. Et nous avons opté pour la phobie sociale comme premier variable.

Et durant notre pré-enquête nous avons remarqué un enfant énurétique qui s'isole de ces camarades de sa classe nous avons choisi notre deuxième variable qui est l'énurésie. Et pour savoir si il y-a une relation entre les deux variables nous avons opté pour le thème qui est « l'effet de l'énurésie sur la phobie sociale chez les enfants scolarisés ».

-Et on a choisi ce thème pour la disponibilité de l'échantillon et des ouvrages.

-Et enfin c'est un thème facile.

4/2-Les objectifs de la recherche

Notre recherche porte sur les enfants énurétiques qui souffrent de phobie sociale, en âge de scolarité entre **8 et 12 ans**

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

Les objectifs de notre recherche sont les suivants :

-Valoriser le rôle de la psychologie clinique dans le soulagement des souffrances des individus.

- Comprendre les causes de l'apparition de l'énurésie et de faire la différence entre les différents types.
- Comprendre ce qu'est la phobie sociale et ses répercussions sur la vie de l'enfant.
- chercher la relation entre l'énurésie et la phobie sociale.
- Donner une description objective de la réalité vécue par les enfants énurétiques et les aider à les surmonter.
- Encourager et soutenir les parents à être actifs pour une meilleure prise en charge de leurs enfants.

Chapitre II : L'énurésie chez les enfants

Préambule	
1-L'histoire de l'énurésie	
2-Définition de l'énurésie	
3-Evolution de l'énurésie	
4-Les types de l'énurésie	
5-Epidémiologie	
6-Les causes de l'énurésie	
7-L'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant énurétique	
8 -Les mesure thérapeutique adopte par les parents	
9-le diagnostique	
10-Les répercutions de l'énurésie sur la vie sociale de l'enfant	
11-La prise en charge de l'énurésie	
Synthèse	

Préambule :

Les troubles mictionnels de l'enfant sont une cause fréquente de consultation chez le psychologue ou le pédiatre.

La majorité des enfants acquièrent la propreté avant d'entrer à l'école et pour ceux qui n'y parviennent pas, c'est un facteur de stress important dont l'impact psychosocial n'est pas négligeable.

L'énurésie nocturne et l'incontinence diurne peuvent devenir un problème majeur pour les enfants mais aussi pour leurs parents .Alors dans ce chapitre là, on va définir l'énurésie, son histoire et son évolution, ainsi que ses répercutions sur la vie de l'enfant.

1- L'histoire de l'énurésie

L'énurésie semble toujours avoir existé car elle remonte à la nuit des temps. Elle a été représentée dans toutes les civilisations et sur tous les continents.

On a retrouvé les premiers écrits sur l'énurésie nocturne sur un Papyrus datant de 1550 avant Jésus Christ. On retrouve aussi des documents concernant des observations dès Aristote 384-322 avant J.-c.

Au cours des siècles, elle a excité les imaginations et abouti à des propositions thérapeutiques. Dans l'Égypte antique, par exemple, on traitait l'énurésie en administrant à l'enfant et à sa nourrice une potion à base de roseau (Papyrus d'EBERS, 3500 AV .JC).

Et au Moyen Age, Paul d'Égine (620,680) recommandait l'administration de tonique.

Le 19^e siècle vit apparaître le traitement médicamenteux à base de Strychnine ou d'extraits de belladone, ces médicaments étaient censés stimuler ou calmer la vessie.

Et le 20e siècle vit apparaître le traitement par les antidépresseurs tricycliques, en particulier l'imipramine. (Mavors C. A et all ,1985)

L'énurésie touche toutes les classes sociales. De tout temps, elle a frappé les imaginations, donné lieu à des interprétations diverses et débouché sur des traitements souvent fantaisistes. Considérée comme une affection mineure l'énurésie nocturne ou pipi au lit est la survenue de mictions involontaires pendant le sommeil de l'enfant après l'âge de 5 ans.

2- Définition de l'énurésie

L'énurésie signifie étymologiquement "uriner sur soi" sans pour autant faire la différence entre le caractère diurne et nocturne. L'énurésie émission d'urine involontaire et inconsciente, généralement nocturne, chez un enfant ayant dépassé l'âge de la propreté et ne souffrant pas de lésion organique des voies urinaires. L'énurésie se distingue de l'incontinence, où l'enfant n'est propre ni le jour ni la nuit.

Dans le petit Larousse, on trouve que l'énurésie est définie comme une émission d'urine dont le déclenchement est involontaire et inconscient, le plus souvent pendant le sommeil, on distingue l'énurésie primaire lorsque le contrôle sphinctérien n'a jamais été acquis, la plus fréquente est l'énurésie secondaire, qui survient après un intervalle plus ou moins long de propreté complète. C'est entre 18et24mois que l'éducation du contrôle sphinctérien est possible. Hors pathologie urologique ou endocrinienne, les causes de l'énurésie doivent être analysées avec l'aide de la famille.

(Angel .S,2005)

Dans la pédiatrie, on trouve aussi que, l'énurésie s'agit de mictions involontaires ou délibérées surgissant de façon répétée au lit ou dans les vêtements, généralement on ne s'autorise à parler d'énurésie qu'à partir de l'âge

de 5ans (ou à un niveau de développement équivalent en l'absence de cause organique ou médicamenteuse). L'énurésie diurne est plus fréquente chez les filles que les garçons mais dans 50% des cas, elle associe à une énurésie nocturne, il est habituel de distinguer l'énurésie primaire l'enfant na jamais acquis la propreté et l'énurésie secondaire survenant après une période de propreté d'au moins 6mois. (Bourrillon A. ,2011)

Donc le pipi au lit ou énurésie, atteint environ 10 % des enfants, et plus fréquemment les garçons que les filles. L'énurésie est une miction active, complète, inconsciente et involontaire, se produisant pendant le sommeil. On ne peut parler d'énurésie qu'à partir de 5 ans, car c'est l'âge ou le contrôle physiologique du sphincter vésical est acquis.

On trouve de nombreux auteurs qui se sont intéressés à cette pathologie et parmi eux on trouve :

AJURIAGUERRA qui définit l'énurésie comme l'émission active complète et non contrôlée d'urine une fois passé l'âge de la maturité physiologique habituellement acquise entre 3et 4 ans. (Ajuriaguerra. J et all, 1984. p132)

Ensuite 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 la nature symptomatique, ni celles qui ont une cause d'origine locale vraie, ni celles qui ont une cause d'origine neurologique. (El-Tawassol,2009)

L'énurésie est donc un trouble du contrôle mictionnel , et non de la miction elle-même, ce qui permet d'éliminer l'incontinence d'urine qui est une émission involontaire le plus souvent consciente ,les efforts de l'enfant pour retenir ses urines restants vains ,et ou les mictions sont la plus part du temps anormales, l'écoulement pouvant persister entre les mictions . (Ferrari.P ,1993.p77)

D'après ces auteurs on trouve que l'énurésie se définit comme une miction normale et complète involontaire et inconsciente sans lésion de l'appareil urinaire. Elle est généralement nocturne au cours du sommeil encore qu'il existe des énuresies diurnes pour lesquelles la miction consciente n'est pas pour autant volontaire. Le trouble se produit au-delà de l'âge de maturation physiologique normale, c'est-à-dire au-delà de 3 à 4 ans.

Dans le DSM-IV on trouve que :

L'énurésie consiste en des mictions répétées, de jour comme de nuit, au lit ou dans les vêtements. Le plus souvent, celles-ci sont involontaires, mais elles peuvent parfois être délibérées.

Et dans la CIM-10 on trouve aussi que :

Le trouble 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 7 ans, et au moins une fois par mois chez les enfants de 7 ans et au-delà. De plus, la CIM-10 comprend un critère d'exclusion très strict qui élimine le diagnostic d'énurésie si tout autre trouble mental est présent.

3-Evolution de l'énurésie :

3-1 Enurésie primaire :

L'énurésie primaire désigne des mictions involontaires pendant la nuit, à un âge où la propreté est généralement acquise.

L'énurésie est dite primaire lorsque l'enfant n'a jamais réussi à contrôler sa vessie. Elle est la plus fréquente (80%).

L'enfant vit souvent dans une étrange familiarité avec son énurésie. Elle semble lui procurer des sensations cutanéomuqueuses agréables, de chaleur, de

tiédeur, d'humidité, plaisirs redoublés par les soins corporels qu'elle exige de sa mère.

3-2 Enurésie secondaire :

L'énurésie dite secondaire lorsque l'incontinence se déclare de nouveau après au moins six mois de continence.

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

4-Les types de l'énurésie

4-1 Exclusivement nocturne

L'énurésie nocturne est définie comme une miction normale, complète, inconsciente survenant durant le sommeil chez un enfant de plus de 5 ans.

On distingue deux types d'énurésie nocturne :

- **l'énurésie nocturne primaire**

Si l'enfant n'a jamais présenté de période de propreté durant le sommeil. C'est la forme la plus fréquente (75 à 80%)

- **l'énurésie nocturne secondaire**

Si elle est apparue après une période de propreté d'au moins six mois.

On parlera d'énurésie nocturne isolée ou mono symptomatique si elle n'est associée à aucun autre symptôme urinaire notamment diurne. C'est la forme la plus fréquente représentant 58 à 85% des énurésies nocturnes. (Tricaud, 2013).

4-2 Exclusivement diurne :

Ce sous-type est défini par des mictions survenant pendant les heures de veille. L'Énurésie diurne est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et rare après l'âge de 9 ans. Les sujets atteints d'Énurésie diurne peuvent être répartis en deux groupes :

Un groupe d'«incontinence impérieuse », dont l'Énurésie est caractérisée par des crises impérieuses soudaines et une instabilité du détrusor à la cystométrie. L'autre groupe, caractérisé par une « vidange différée », reporte consciemment l'envie d'uriner jusqu'à ce qu'il en résulte une incontinence, la rétention étant parfois liée à une réticence à aller aux toilettes du fait d'une anxiété sociale ou de l'absorption dans les activités scolaires ou ludiques. Ce dernier groupe présente une fréquence élevée de symptômes de comportement perturbateur. L'Énurésie survient le plus souvent en début d'après-midi, les jours d'école. (Guelfi J. Det al 2003)

4-3 Nocturne et diurne :

Défini comme une combinaison des deux types précédents. (Guelfi J. Det al 2003)

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

5- Epidémiologie

- Chez les enfants de 5 ans : environ 14 % des garçons et 7 % de filles, les chiffres baissent ensuite avec l'âge, plus lentement chez les garçons que chez les filles et se rejoignent à l'adolescence.

- A 15 ans : concerne encore 1,3 % des garçons et 1,4 % des filles. (Guelfi J. D et all.2003)

6- Les causes de l'énurésie

Les causes de l'énurésie sont multiples et parmi elle on trouve :

6-1- Le Facteur biologique :

- **Des causes organiques**

Parfois consécutives à une maladie : malformation de l'appareil urinaire, pathologie neurologique, diabète, infection urinaire...

Les cause organique sont relativement rares (1 à 2%) et doivent être systématiquement écartées lors de l'examen clinique par le médecin.

(Moscovici. J, 2009)

- **La mécanique vésicale de l'énurésie**

L'énurésie a été très étudiée. La capacité vésicale, la pression intra vésicale ne semblent pas différentes de celles de l'enfant normal. Toutefois chez ces enfants énurétiques, des enregistrements cytométrique ont montré l'existence de courbe de pressions dont la dynamique est identique à celle qu'on retrouve chez les enfants plus jeunes (1 à 3 ans), ces constatations justifient l'évocation d'une immaturité neuromotrice de la vessie. (Ajuriaguerra.J,1984.p148)

- **des causes hormonales**

Certains énurétiques souffrent de polyurie (production d'urine supérieure à la normale) liée à une faible sécrétion nocturne de l'hormone antidiurétique (ADH) qui a pour fonction de ralentir la production d'urine pendant la nuit. Le volume d'urine émis dépassant la capacité vésicale entraîne les fuites urinaires.

(Moscovici. J, 2009)

- **Le facteur de Sommeil**

La plupart des parents relatent une difficulté à réveiller l'enfant. Le sommeil chez l'énurétique même s'il est jugé « profond » n'est pas différent de celui de l'enfant normal, qualitativement et quantitativement, et l'accident peut survenir à n'importe quel stade. Ce qui caractérise l'enfant énurétique est l'existence d'un seuil d'éveil élevé.

Il semblerait que les enfants qui font des cauchemars et des terreurs nocturnes ont aussi plus de risques de souffrir d'énurésie. (Kawachi et all, 2000)

- **Le facteur héréditaire**

Cliniquement, le rôle de l'hérédité est souvent invoqué dans le cas où un ou plusieurs membres de la famille de l'enfant énurétique, ascendants et/ou collatéraux connaissent ou ont connu le symptôme. (Kawachi et all, 2000)

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

6-2 Facteur psychologique

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

(Avirous .Met all ,2001)

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

Selon l'approche psychanalytique l'énurésie n'est qu'un symptôme à travers lequel peuvent se manifester des conflits psychologiques de nature différente .La signification de l'énurésie n'est donc pas univoque et un entretien mettant l'enfant en confiance permet souvent de décrypter le sens de ce symptôme porteur de plusieurs dimensions possibles de nature inconsciente.

- **La dimension régressive**

L'énurésie peut se comprendre comme un désir inconscient de régression infantile, d'où la dimension de plaisir du contacte cutané lors des soins maternels occasionnés par un épisode énurétique n'est pas absente.

- **La dimension agressive**

L'énurésie peut apparaitre comme une manifestation d'opposition, larvée ou franche à l'éducation sphinctérienne, symbole de toutes les contraintes éducatives.

- **La dimension passive**

L'entretien avec l'enfant permet souvent de mettre en évidence une passivité ou une apathie traduisant une difficulté à assumer le composant agressif de sa personnalité et faisant de lui un enfant souvent inhibé et timide. Cette passivité peut se retrouver dans sa vie quotidienne.

- **Bénéfices secondaires**

Même s'ils ne sont pas toujours évidents au premier abord, ils sont rarement absents, leur nature est très variée ; mobilisation de l'intérêt familial pour l'enfant, activation d'éventuels conflits entre les deux parents, évitement de certaines situations impliquant une séparation avec le milieu familial exemple (mise en internat) (Ferrari .P, 1993 p.78)

6-3 facteurs psycho-sociaux :

Un événement de vie peut induire ou révéler une énurésie, par exemple la séparation des parents, une hospitalisation, la naissance d'un frère, un deuil difficile ou non exprimé.

L'impacte de ces événements semble d'autant plus grand qu'il survient lors de la période habituelle d'acquisition de la propreté (entre 2 et 3 ans). Dans le cas d'une énurésie secondaire, le symptôme peut persister même à distance de l'événement déclenchant.

Il faut souligner que d'une manière générale, les enfants énurétiques n'ont aucune trouble du comportement et font partie de famille sans problème importants. Parfois, l'énurésie peut être une manière d'attirer sur quelque chose de difficile pour eux dans le fonctionnement du système familial. Quelle que soit la cause dont souffre l'enfant peut induire de l'anxiété, un sentiment de culpabilité, la vie familiale peut être aussi perturbée.(DENTZ, J.P)

7- L'attitude des parents vis à vis de l'enfant énurétique

L'énurésie est un trouble fréquent mais souvent méconnu dans ses différentes dimensions, affectives, étiologiques et socio-familiales. Cette méconnaissance entraîne de la part des parents des attitudes souvent inadaptées et qui ne font que renforcer le symptôme. Leurs attitudes sont aussi générées par leur propre personnalité et leur histoire personnelle. Leurs réponses au symptôme de l'enfant sont également tributaires de facteurs socioéconomiques et culturels.

7-1- L'attitude de la mère

Parmi les attitudes maternelles rencontrées au cours de nombreuses observations, il ya deux types d'attitudes de la mère :

- d'une part une attitude inadéquate envers le contrôle sphinctérien
- d'autre part une attitude névrotique.

7-1-1-Conduite éducative inadéquate

La conduite inadéquate de la mère peut prendre différentes formes et souvent opposées. Cela peut être soit :

- **l'éducation coercitive :**

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

- **L'éducation laxiste**

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

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

7-1-2 Attitude névrotique de la mère :

Au-delà des positions de la mère dans son éducation à la propreté, c'est aussi son comportement global, lié à sa personnalité propre qui peut intervenir dans la genèse de l'énurésie chez l'enfant.

- **La mère anxieuse :**

Ce sont les mères angoissées, phobiques craignant continuellement le pire et cherchant à éviter à l'enfant tout désagrément.

Elles adoptent une attitude de surprotection qui prend plusieurs formes dans les conduites quotidiennes.

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

- **La mère rejetant :**

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

- **La mère menaçante**

Coups et menaces sont le lot de certains enfants énurétiques : menaces de couper la tête, le zizi, menaces de se séparer de l'enfant.

- **La mère hyper protectrice et angoissée**

On observe différentes sortes de mères : la mère laxiste d'une part et d'autre part la mère sur protectrice infantilisante. Les mères anxieuses, perfectionnistes ou maladroites.

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

7-2-L'attitude du père

La participation du père dans l'éducation de l'enfant étant moins effective dans les deux premières années, il n'en reste pas moins que l'apport qualitatif de sa présence est indéniable. Plus tard et, notamment dans le cas d'une énurésie, l'attitude du père face au trouble de l'enfant est d'une grande importance car elle détermine en partie l'évolution du symptôme.

L'attitude du père est caractérisée par un comportement absentéiste pouvant revêtir deux formes principales : symbolique ou réelle.

- **L'absence symbolique** : C'est le cas où le père est présent mais non impliqué dans l'éducation de l'enfant

- **L'absence réelle** : c'est le cas d'un père dont l'absence est effective et répétée et qui, par conséquent, ne participe pas à l'éducation de l'enfant.

(Menai, A.2009)

7-3 -Mesures thérapeutiques adoptées par les parents :

Quant aux moyens utilisés par la totalité des parents pour se débarrasser du symptôme, on retrouve :

- le recours à la visite médicale.
- le réveil nocturne.
- les méthodes punitives.
- la responsabilisation.
- le recours à un Taleb.
- les pratiques magico-religieuses. (Menai, A.2009)

8- le diagnostic

Pour justifier un diagnostic d'Énurésie, les mictions doivent survenir au moins trois fois par semaine pendant au moins 3 mois, ou bien causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, ou dans d'autres domaines importants. Le sujet doit avoir atteint un âge auquel la continence est supposée acquise (c.-à-d. un âge chronologique d'au moins 5 ans, ou, pour les enfants ayant un retard du développement, un âge mental d'au moins 5 ans) L'incontinence urinaire n'est pas exclusivement liée aux effets physiologiques directs d'une substance. Ex, diurétiques ni à une affection médicale générale ex., diabète. (Guelfi J.D et al ,2003)

8-1 Diagnostic positif :

L'entretien avec l'enfant et la famille permet :

- d'analyser le symptôme de manière détaillée,

- de repérer des indices évocateurs de certains mécanismes physiopathologiques,
- de préciser le contexte familial, scolaire et social et l'histoire de l'enfant
- et d'essayer de comprendre ce que ce symptôme représente pour lui.

(Aussilloux. C et al, 2008)

8-2-Critères diagnostiques d'Enurésie

A. Mictions répétées au lit ou dans les vêtements (qu'elles soient involontaires ou délibérées).

B. Le comportement est cliniquement significatif, comme en témoignent soit une fréquence de deux fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs, soit la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.

C. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5 ans (ou un niveau de développement équivalent).

D. Le comportement n'est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance ex : diurétiques ni à une affection médicale générale

Ex : diabète, Spina bifida, épilepsie. (Guelfi J.D et al ,2003)

10- Répercussion de l'énurésie sur la vie sociale de l'enfant

Les enfants énurétiques ont souvent, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte, de gêne, de culpabilité, d'impuissance, et des difficultés à envisager un séjour hors de la maison (colonies de vacances, dormir chez des amis...)

Certains y trouvent même des bénéfices secondaires à ne pas grandir, ce qui peut aboutir à un repli sur soi. (El Koukouchi. A, 2014)

11. Prise en charge de l'énurésie

11-1. La prise en charge psychologique

La psychologie est essentielle dans la prise en charge de l'énurésie, et on retrouve de nombreuses thérapies pour soulager les souffrances de l'enfant et parmi ses thérapies en trouve :

- **Les thérapies de motivation :**

La thérapie de motivation pour l'enfant peut être une solution. Tout d'abord l'entourage de l'enfant devra être vigilant et mettre en place un environnement favorable. Des dialogues simples avec l'enfant et une dédramatisation de ses troubles vont améliorer et accélérer la prise de conscience chez l'enfant.

Parmi les thérapies de motivation on retrouve le calendrier mictionnel où l'enfant va dessiner un soleil ou un nuage en fonction de la fuite ou non. Cela permettra à l'enfant de prendre conscience de ses progrès. Une petite récompense peut être parfois associée afin d'entretenir la motivation de l'enfant. Mais il faudra que les parents surveillent l'enfant à distance, afin de contrôler les véritables résultats car l'enfant a tendance à vouloir satisfaire son thérapeute en les modifiant -transfert positif- il met plus de croix soleils. (Sahraoui, I.2009)

- **La psychothérapie de groupe**

Cette méthode s'adresse à des enfants à partir de 6 ans, pendant cette période de la vie affective, l'enfant est dominé par la scolarisation et par conséquent par l'intégration à la vie de groupe, tout cela implique: une compétition scolaire, rivalité, et socialisation avec le groupe fait partie intégrante de la vie de l'enfant et celui-ci attache beaucoup d'importance à tout ce qui lui vient de ses copains. C'est là que la thérapie de groupe est intéressante :

- Le Groupe va lui procurer un sentiment de sécurité, il va sortir l'enfant de son isolement. L'enfant va Comprend qu'il n'est pas le seul à souffrir d'un handicap, qu'il a prêté soin de le cacher souvent à ses camarades. Cette forme de solidarité redonne souvent à l'enfant confiance en lui, et lui Permet de se sentir plus fort, pour affronter les différents inconvénients.
- Le groupe permet de dédramatiser le symptôme qui n'apparaît ainsi comme une maladie mystérieuse et honteuse, puisqu'il «peut» en parler avec les autres.

(El tawassole 2009)

11-2 Les méthodes de conditionnement :

Elles sont utilisées en cas d'échec de la prise en charge au bout de 3 mois. Les appareils sont des appareils électriques qui déclenchent une sonnerie dès la première goutte d'urine dans le pyjama.

- Le PIPi STOP® est le plus connu : il utilise une couche en coton placée dans les sous vêtements et un boîtier avec alarme placé à côté de l'enfant.
- Le WET STOP® utilise une alarme placée sur l'épaule du pyjama.
- Le système HALTUR® l'alarme est reliée à un écouteur placé dans l'oreille.

Cette méthode a une efficacité prouvée (80% de succès dans un délai de 10 à 17 semaines).

La plupart des guérisons se produisent quelques jours après le début de l'utilisation, parfois même dès la première nuit. Leur inconvénient est de perturber le sommeil de l'enfant. (El tawassole 2009)

11-3-Traitement des médicaments :

L'utilisation des médicaments ne se justifie qu'en cas d'échec des autres méthodes, chez les adolescents ou préadolescents, et en cas de retentissement psychologique important.

Ces médications sont utilisées de façon séquentielle durant quelques semaines, ou même quelques jours.

- la desmopressine (Minirin spray®) est souvent prescrite initialement, en pulvérisation nasale le soir avant le coucher pour une durée maximum de 3 mois. Si l'enfant n'a pas « répondu » au traitement au bout d'un mois, il est inutile de le poursuivre. L'enfant ne doit pas boire une heure avant et 8 heures après, afin d'éviter le risque d'intoxication par l'eau. Ce traitement doit être suspendu en cas de rhinite. Il a uniquement une action périphérique et est bien toléré.

Selon un essai clinique récent, la desmopressine et les alarmes ont apporté la preuve de leur bénéfice chez les enfants énurétiques aussi bien en terme d'efficacité clinique (moins de nuits mouillées), qu'en terme d'estime de soi et de bien-être chez ces mêmes enfants ; un soutien psychologique et des encouragements étant par ailleurs indispensables.

- Les antidépresseurs tricycliques type imipramine (Tofranil®) sont efficaces. La posologie habituelle est de 0,5 à 2 mg/kg/j .La posologie optimale doit être atteinte par paliers .Le traitement est poursuivi 3 à 6 mois. La concentration plasmatique efficace (60 à 80 ng/l) est proche de celle qui est responsable d'effets secondaires de type anti cholinergique. Des intoxications accidentelles avec décès font que ces traitements ne sont plus utilisés en première intention et qu'ils doivent être limités aux énurésies rebelles chez l'enfant plus âgé.

- L'oxybutynine (Ditropan®) est le traitement spécifique de l'immatunité vésicale et ne doit pas être prescrit dans l'énurésie nocturne isolée. C'est un antispasmodique anti cholinergique responsable de nombreux effets secondaires gênants (hallucinations, tachycardie, convulsions...). (Bounin.A, 2008)

Synthèse :

L'enfant, les parents et le médecin ont un rôle important à jouer pour prévenir l'énurésie.

Ce problème est à prendre très au sérieux. Il s'agit le plus souvent d'une pathologie acquise d'origine purement fonctionnelle, mais l'examen clinique est cependant indispensable pour éliminer toute éventuelle anomalie congénitale par ailleurs, la bonne éducation mictionnelle de l'enfant conditionne le fonctionnement de sa vessie pour la vie.

Chapitre III : la phobie sociale chez les enfants scolarise

Préambule	
1-Histoire de la phobie sociale	
2-Définition de la phobie sociale	
3-Les types de la phobie sociale	
4-Les symptômes de la phobie sociale	
5- Les caractéristiques de la phobie sociale chez les enfants	
6-Critère de diagnostique da la phobie sociale	
7-Les troubles associe à la phobie sociale	
8-Manifestation de la phobie sociale au milieu scolaire	
9-répercutions de la phobie sociale chez les enfants	
10- la phobie sociale selon le modèle de conditionnement et le modèle cognitif	
11-traitement de la phobie sociale	
Synthèse	

Préambule

Bien que n'ayant aucune conséquence réelle sur la santé et l'intégrité physique de l'enfant atteint, le fait de faire pipi au lit peut avoir un effet significatif sur sa qualité de vie ainsi que sur son estime personnelle.

Par exemple, de nombreux enfants s'empêchent d'aller dans un camp de vacances en été, ou refuseront de passer la nuit chez un ami par crainte de faire rire d'eux, dû à leur problème d'énurésie. D'autres se priveront d'inviter des amis à la maison de peur d'être découverts.

Beaucoup d'enfants deviennent irrités, déroutés, d'humeurs changeantes, de la peur et de la timidité ce qui peut créer de la phobie sociale chez certains enfants.

Alors dans ce chapitre la, on va définir c'est quoi la phobie sociale. Et quelles sont ses répercussions sur la vie sociale de l'enfant et sur sa scolarité.

1-Histoire de la phobie sociale

Hippocrate déjà évoquait un exemple de timidité pathologique lorsqu'il relatait les difficultés d'un jeune homme en affirmant que « en raison de sa timidité, de son caractère suspicieux et timoré, il ne pourra être dévisagé, il aimera vivre dans l'ombre et ne pourra supporter la lumière ou s'asseoir au grand jour ; son chapeau cachant toujours son regard, il ne pourra ni voir ni être vu malgré ses bonnes intentions ».

Mais c'est au XIX^{ème} siècle que la littérature psychiatrique ou psychologique vit apparaître les premières descriptions d'anxiété sociale sous le terme d'éreutophobie, en Allemagne en 1846 dans un écrit médical de CASPER.

Mais JANET fut probablement l'un des premiers psychiatres à proposer une classification des phobies basée sur les différentes familles d'objet phobogènes. Cette approche des phobies est celle utilisée jusqu'à aujourd'hui.

En 1903, dans son ouvrage « Les obsessions et la psychasthénie », il présente une classification des phobies systématisées en quatre groupes : les phobies corporelles, situationnelles, d'objets, d'idées. La phobie sociale, terme utilisé pour la première fois. (Servant, D et al. 1997 p 120)

Le diagnostique psychiatrique de la phobie sociale est relativement récents ; ce n'est qu'en 1980 que l'American psychiatric association développe des critères pour le diagnostique, dans le DSM-III. Selon ces critères les personnes qui évitent plusieurs situations sociales reçoivent le diagnostique de personnalité évitant et ne peuvent en même temps recevoir celui de phobie sociale.

Cette exclusion arbitraire est toute fois corrigée dans le DSM-III-R 1987 qui introduit le concept de phobie sociale généralisée, c'est-à-dire celui d'une anxiété qui se manifeste dans plusieurs situations sociales.

(Ladouceur,R. et all. 1999)

2-Définition de la phobie sociale

La phobie sociale se classe, selon le DSM IV, dans les troubles anxieux.

Parmi les troubles anxieux, on retrouve :

- le trouble d'anxiété généralisée.
- l'attaque de panique.
- l'agoraphobie.
- les phobies spécifiques (anciennement appelées phobies simples).
- la phobie sociale.
- l'état de stress post- traumatique.
- le trouble obsessionnel-compulsif.

Avant la description du trouble « phobie sociale », il est nécessaire donc de définir ce qui est la base des troubles anxieux : l'anxiété.

Certaines personnes perçoivent les difficultés éventuelles en rapport à un événement à venir mais, leur perception est accompagnée d'un sentiment de stress, de peur, d'inquiétude.

La plupart du temps elle est bénéfique permettant une anticipation de dangers réels, mais parfois, elle retentit de manière excessive sur la vie quotidienne de l'individu, prenant alors les diverses formes cliniques, dans la phobie sociale.

(Martin. K, 2005).

La phobie sociale est donc l'une des principales formes d'anxiété pathologique. Elle se caractérise par l'incapacité d'avoir des relations sociales et/ou professionnelles satisfaisantes, notamment induite par la peur des autres. La phobie sociale est une anxiété sévère et pathologique liée à une situation précise, c'est la peur d'interagir avec les autres ou de réaliser certaines actions devant d'autres personnes. (Légeron .P, 1995).

Selon Jean Paul Sartre, « L'enfer c'est les autres » ; telle pourrait être la définition que pourrait émettre des patients souffrant de phobie sociale. La phobie sociale appelé aussi anxiété sociale se caractérise par une incapacité à avoir des relations sociales et professionnelles satisfaisantes, du fait de l'anxiété et de la peur humiliante du regard de l'autre, de l'obsession d'être épié et jugé par ses semblables.

L'anxiété sociale chez les enfants

L'anxiété sociale chez les enfants se caractérise par une peur prononcée et persistante d'être évalué négativement, d'être embarrassé ou d'agir de façon inappropriée. Les enfants qui en sont atteints craignent d'être considérés comme incompetents, faibles ou stupides et de se voir critiqués ou rejetés.

(Dumas.J, 2005).

De ça on peut définir phobie sociale ou, l'anxiété sociale chez les enfants comme étant une peur fortement marquée et persistante d'être évalués négativement et la peur d'être considéré comme étant faible ou, d'être mis à l'écart par ses pairs.

3-Les types de la phobie sociale

On distingue deux formes de phobies sociales, précisées dans le DSM IV :

- les formes spécifiques ou simples ne portant que sur une ou quelques-unes des situations sociales, la plus fréquente étant la prise de parole devant un groupe.
- les formes généralisées qui touchent toutes les situations sociales, entraînant le plus souvent des conséquences socioprofessionnelles importantes.

(Guelfi J.Det all, 2003)

4-Les symptômes de la phobie sociale

Trois manifestations principales se retrouvent dans la phobie sociale :

-Des émotions pénibles, avec d'une part, des crises d'angoisse avant et pendant les situations sociales, et d'autre part, un sentiment de honte après celles-ci. L'angoisse est souvent difficile à contrôler et donne à la personne l'envie de ne pas affronter les situations. La honte est liée à l'impression que l'on a été ridicule ou inintéressant ; elle pousse la personne à se replier sur elle-même, au lieu de chercher du réconfort auprès des proches.

- Des modes de pensée négatifs : la personne qui souffre de phobie sociale a une peur permanente d'être jugée par les autres, avec l'impression que les gens vont l'observer et remarquer ses faiblesses, peut-être même l'agresser verbalement. Elle tend à percevoir les autres personnes comme des menaces. La phobie sociale entraîne aussi une auto- dévalorisation et une mauvaise estime de

soi : on se sent inférieur aux autres et l'on juge toujours négativement ce que l'on à fait.

- Des comportements d'évitement : La phobie sociale pousse la personne à éviter les situations sociales où elle se sent trop vulnérable, elle refuse certaines invitations, ne se rend pas aux réunions. Si elle ne peut éviter, elle adopte des comportements de protection et de dissimulation, destinés à ne pas attirer l'attention sur elle : ne pas parler ou le faire très brièvement, ne pas regarder dans les yeux, ne pas donner son avis. (Christophe, A et all.2000)

5-Les caractéristiques de la phobie sociale chez les jeunes enfants

Chez les enfants, le trouble peut s'accompagner de pleurs, d'excès de colère, de réactions de figement ou d'agrippement ou du fait de rester très proche d'une personne familière et d'interactions inhibées pouvant aller jusqu'au mutisme. Les jeunes enfants peuvent sembler excessivement timides dans les environnements sociaux non familiers, avoir des mouvements de recul dans les contacts avec les autres, refuser de participer à des jeux de groupe, demeurer typiquement à la périphérie des activités sociales et tenter de rester très proche des adultes familiers.

Les enfants ayant une phobie sociale n'ont pas habituellement la possibilité d'éviter les situations redoutées et peuvent être incapables d'identifier la nature de leur anxiété. Il peut exister une diminution des performances scolaires, un refus scolaire ou un évitement des activités sociales. (Guelfi J.D et all, 2003)

6-Critères diagnostiques de la Phobie sociale

Les phobies sociales ou troubles d'anxiété sociale ont été individualisées comme un trouble anxieux à part entière seulement depuis le début des années 1980 par le DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders). Selon le DSM4 la phobie sociale se caractérise par 8pts :

A- Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.

N.-B. : Chez les enfants, on doit retrouver des éléments montrant la capacité d'avoir des relations sociales avec des gens familiers en rapport avec l'âge et l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les relations avec les adultes.

B- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

N-B : Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des excès de colère, des réactions de figement ou de retrait dans les situations sociales impliquant des gens non familiers.

C- Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.

N-B : Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.

D- Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.

E- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations redoutées sociales ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles scolaires, ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F- Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.

G- La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus,

ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (p.ex., Trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble anxiété de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).

H- Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale ou la Boulimie. (Guelfi J.D et all ,2003)

7-Trouble associé à la phobie sociale

La Phobie sociale peut être associée à d'autres troubles anxieux, aux troubles de l'humeur, aux troubles liés à la Boulimie. Dans les populations cliniques, les sujets ayant une phobie sociale généralisée présentent souvent une personnalité évitant. (Guelfi J.D et all, 2003)

Les caractéristiques habituellement associées à la Phobie sociale comprennent une hypersensibilité à la critique, à une évaluation négative ou au rejet, une difficulté à manifester de l'assurance et une faible estime de soi ou des sentiments l'infériorité.

Souvent, les sujets ayant une phobie sociale n'obtiennent pas des résultats scolaires conformes à leurs capacités en raison d'une anxiété liée aux examens ou à cause de leur évitement à participer en classe.

8-Manifestation de la phobie sociale en milieu scolaire

Chez les enfants la timidité extrême et la peur de se sentir gêné sont des sentiments particulièrement angoissants parce qu'ils sont moins capable de comprendre que leurs peurs ne sont pas réellement justifiées, il n'y rien d'anormal à ce qu'un enfant soit timide.

Mais des enfants avec une phobie sociale évitent souvent des activités telles que jouer avec d'autres enfants, lire en classe ou parler avec des adultes.

Les difficultés rencontrées par ces enfants le sont principalement dans leurs relations avec les autres, prendre la parole devant plusieurs personnes, travailler sous le regard des autres.

Relève pour eux d'un véritable exploit. Ils privilégient les activités en solitaire ou avec un nombre restreint d'amis, ne participent pas aux activités de groupe, leurs résultats scolaires peuvent être très bons à l'écrit, mais ils sont en général mauvais à l'oral. Les investissements extrascolaires sont limités ou confinés à la maison.

Il se peut aussi que les enfants montrant des signes d'anxiétés sociale évitent tout contact visuel, parlent de façon difficilement audible ou fassent preuve d'impatience. Ils peuvent se mettre à transpirer ou se plaindre de maux de tête, ou de maux d'estomac. Les enfants atteints de phobie sociale ne veulent généralement pas se rendre à l'école ce qui peut engendrer parfois une phobie scolaire. (Ursule, C.2010)

9-Répercussions de la phobie sociale chez l'enfant

Lorsque la peur est envahissante dans la vie de l'enfant et qu'elle occasionne un retrait social, comme c'est le cas avec l'anxiété sociale, elle entrave alors son

développement. Il est maintenant reconnu que l'anxiété sociale chez l'enfant peut entraîner, si elle n'est pas traitée, de graves altérations au cours de sa vie, même si l'enfant ne rencontre pas tous les critères nécessaires au diagnostic de phobie sociale.

Les conséquences à l'enfance incluent un refus d'aller à l'école, des sentiments dépressifs et de la solitude. De plus, il en relève un haut degré de stabilité du trouble à travers les années, dans le sens où les enfants anxieux socialement continuent de souffrir de ce trouble à l'adolescence et l'âge adulte

À l'âge adulte, le trouble d'anxiété sociale est associé à un plus haut taux d'idéation suicidaire, une plus grande consommation d'alcool et de médicaments, et à un moins bon fonctionnement dans plusieurs sphères de la vie, incluant le niveau d'éducation, le travail et la vie amoureuse. (Ursule, C.2010)

D'après ces données on constate que l'enfant risque de souffrir longtemps des répercussions de son anxiété sociale, si aucune intervention thérapeutique n'est offerte ou si aucune modification n'est réalisée dans son environnement, comme par exemple un changement dans les méthodes éducatives parentales ou des expériences positives de socialisation. L'importance de développer la recherche sur l'anxiété sociale à l'enfance et la nécessité d'agir le plus tôt possible dans le traitement de ces enfants n'est donc plus à démontrer, étant donné la souffrance et les conséquences que ce trouble peut entraîner à court et long termes.

Et parmi les thérapies qu'on utilise pour la prise en charge de la phobie sociale ou l'anxiété sociale on trouve les thérapies cognitivo- comportementales.

10-La phobie sociale selon le modèle de conditionnement et le modèle cognitif

A- Le modèle de conditionnement :

Öhman (1986) pour expliquer le développement de la phobie sociale ; modèle basé sur l'observation des primates. Selon lui l'anxiété sociale se situe à une extrémité d'un continuum qui se caractérise à l'autre extrémité par la dominance sociale.

Le groupe de primate établissent une hiérarchie sociale dans laquelle tout nouveau membre doit se situer .les individus qui soumission sont relégués a des positions inférieures.

De la même façon chez les humains, les jeunes adultes ont à établir leur place parmi leurs pairs.

Les stimuli inconditionnels qui peuvent engendrer la phobie sociale sont des situations sociales traumatisantes, comme une expérience d'échec social, d'humiliation ou le fait d'être la cible de la critique.

B- Le modèle cognitif

Selon le modèle cognitif, lorsqu'un phobique social aborde une situation sociale anxigène, il croit qu'il a de fortes probabilités de se conduire d'une façon ridicule et inacceptable et que cela aura des conséquences désastreuses en termes de statut, de perte de valeur personnelle et de rejet par autrui.

(Ladouceur. R et all, 1999).

11-Traitement de la phobie sociale

La thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'anxiété sociale se base sur une approche axée sur le moment présent, avec un nombre limité de rencontres et dont le but est d'identifier et de modifier les distorsions cognitives tout en soutenant les comportements adaptés dans les situations sociales.

Les approches cognitivo-comportementales pour traiter les enfants et les adolescents anxieux socialement consistent en des versions modifiées des interventions utilisées communément avec les adultes. Ses composantes pour le traitement des adultes et des enfants anxieux socialement incluent l'exposition aux situations anxiogènes, l'entraînement aux habiletés sociales, la restructuration cognitive et la relaxation.

- **La relaxation**

Il existe plusieurs techniques de relaxation. Elles sont basées sur la perception de son corps. Certaines vont jusqu'à une certaine « auto-hypnose », c'est-à-dire que le thérapeute suggère l'écoute de son corps jusqu'à se couper du monde extérieur. Commence alors un travail sur la détente musculaire, une respiration calme, ample, régulière, et sur une capacité de concentration accrue. L'objectif premier de la relaxation est le contrôle de ses réactions neurovégétatives et la maîtrise de ses émotions lors des situations angoissantes.

- **L'exposition**

La technique d'exposition consiste en une confrontation prolongée et répétée à une situation phobogène afin de diminuer les réponses physiologiques anxieuses.

L'exposition est progressive avec des confrontations à des situations où l'anxiété ressentie va croissante. Elle peut se pratiquer individuellement ou en thérapie de groupe.

- **La désensibilisation**

De la même manière que l'exposition, cette méthode repose sur la confrontation progressive aux situations à problème. La confrontation peut être réelle ou en imagination, c'est-à-dire, seulement représentée mentalement et décrite verbalement.

- **L'entraînement aux compétences sociales**

L'entraînement aux compétences sociales est un apprentissage de comportements plus adaptés aux situations sociales. En effet, les phobiques sociaux présentent ou pensent présenter des déficits dans certains domaines de communication : regarder ses interlocuteurs dans les yeux, exprimer ses émotions, affirmer ses positions.

- **La restructuration cognitive**

L'anxiété sociale affecte la perception des événements que le phobique est en train de vivre. Cela est dû à un dysfonctionnement cognitif. En effet, le sujet a tendance à se focaliser sur lui-même et surévaluer le jugement négatif.

La restructuration cognitive consiste dans un premier temps, à entraîner le sujet à reconnaître et relever ses pensées automatiques, ses « cognitions ». Par la suite, le thérapeute discute avec le phobique de ses cognitions en essayant de lui mettre en évidence ses erreurs interprétatives et en l'aidant à imaginer d'autres alternatives. (Cottraux, J. 2001)

La thérapie cognitivo-comportemental (TCC) en développer « Le Social Effectiveness Therapy for Children » qu'est un programme de douze semaines (deux séances par semaine) dans lequel l'enfant participe autant à des séances de groupe qu'à des séances d'exposition individuelle. Entre chaque séance, des devoirs sont donnés à l'enfant. La coopération parentale est également un des

aspects cruciaux pour la réussite du programme. Finalement, la généralisation avec les pairs est incluse dans ce programme.

En effet, des enfants identifiés comme n'étant pas anxieux socialement et désirant aider des enfants timides sont choisis pour permettre à l'enfant anxieux de pratiquer les habiletés apprises et d'interagir avec des enfants qui ne sont pas anxieux. (Ursule, C.2010).

Synthèse

La phobie sociale est une peur massive, excessive, et durable, du rapport à l'autre. Elle correspond précisément à la peur intense et persistante du jugement de l'autre dans toute situation où l'on est vu ou entendu, que ce soit par un seul individu, quelques-uns, un grand groupe ou, à l'extrême, un public entier.

Ce trouble interfère de façon significative surtout chez les enfants dans leurs relations sociales qui entraînent une restriction des activités scolaire ou intra-scolaire, les situations sociales nouvelles ou imposées provoquent un désarroi avec crise de larmes, absence de parole spontanée, ou retrait de la situation, et toute ces situations peuvent créer chez l'enfant un échec scolaire et même de la phobie scolaire.

Chapitre IV : La démarche méthodologique de la pratique

Axe I : la démarche méthodologique

Préambule	
1-La pré-enquête	
2-Lieu de recherche	
3-La population d'étude	
4-La démarche de la recherche	
Synthèse	

Axe II : Présentation, analyse et discussions des résultats

Préambule	
1-Présentation des données de l'échelle	
2-présentation des données des entretiens	
3-discussions des hypothèses	
4-synthèse des résultats	
Conclusion	

Axe I : la démarche méthodologique

Préambule :

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.

Dans ce chapitre la, nous allons essayer d'expliquer les différentes étapes suivies dans le cadre pratique de notre recherche. Tout d'abord en va présenter le lieu de notre recherche, la méthode utilisée, la population d'étude ainsi que les techniques employées.

1-La pré- enquête :

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau des deux établissements primaires qui sont (Ifis laarbi et Akouche Arezki) qui relève tous les deux de l'unité de suivi et de dépistage (UDS) implantée au sein du CEM nouveau à AKBOU. Pendant notre pré-enquête qui a durée 15 jours, on a remarqué, un enfant qui reste seul et s'isole de ces camarades et quand nous avons demandé à son enseignant pourquoi s'isole-t-il ? il nous a dit qu'il souffre d'énurésie. De se fait nous avons choisi notre thème de recherche qui est : « l'effet de l'énurésie sur la phobie sociale chez les enfants scolarisés ». Et pour mesure, la phobie sociale nous avons opté pour l'échelle comportementale d'anxiété phobique ECAP voir (**annexe C**) et comme les enfants sont entre 8 et 12 ans nous avons traduit l'échelle avec l'aide d'un enseignant en langue arabe voir (**annexe D**) pour permettre aux enfants de mieux comprendre les questions.

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

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, le consentement des enfants, des parents d'enfant énurétiques était le premier pas à effectuer.

De ce fait, leur rencontre était fondamentale, après avoir expliqué notre thème de recherche et nous objectifs on assurant l'aspect confidentiel de notre recherche et les parents se sont montrés confiants.

2-lieu de recherche :

2-1-Présentation de l'UDS de C.E.M de Ben Barkane youssef :

UDS (Unité de Dépistage et de Suivi) est un centre de suivi installé dans des établissements scolaires, s'occupent, comme leur nom l'indique, du dépistage des maladies en milieu scolaire, de la prise en charge des élèves en matière de soins médicaux et bucco-dentaires, de suivi psychologique et d'éducation sanitaire.

Notre stage a été effectué au sein de l'UDS (Unité de Dépistage et de Suivi), qui se trouve à l'intérieure du C.E.M. Nouveau Ben Barkan Youssef AKBOU. Il regroupe quinze établissements (primaire, C .E.M et lycée) dont l'effectif des élèves est de (6996 élèves), la réorganisation de la santé scolaire, mise en application depuis 1994nécessite dans sa mise en œuvre une coordination étroite à tous les niveaux entre les secteurs de la santé, de l'éducation et des collectivités locales ainsi que les associations des parents d'élèves.

Tableau n°1 : présentation des locaux de l'UDS (Ben Barkan Youssef, AKBOU)

Locaux	Nombre	Surface	Aménagement
Cabinet médical	1	12m	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un lavabo

Locaux			
vestiaires	2	2×2m	Chauffé et ayant un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente
Salle paramédicale	1	15m	Bien éclairée .chauffée et équipée d'un évier
Salle d'attente	1	25m	Bien aérée, chauffée et ayant accès vers le cabinet médicale, la salle paramédicale et le hall d'entrée
Blocs sanitaires	2	2×6m	Comprenant chacun 2w-C et un lavabo et donnant accès vers le hall
Hall d'entrée	1	6m	A munir de doubles portes d'accès vers la porte et vers la

			salle d'attente.
Cabinet dentaire	1	15m	Bien éclairé, chauffé, équipé d'un lavabo et doit disposer d'une alimentation électrique adaptée.
Bureau de psychologue et orthophoniste	1	12m	Bien éclairé chauffé il ya deux bureau

Dans ce tableau on à regroupé les différents locaux dont dispose le centre UDS et, il comprend un cabinet médical, une salle paramédicale, un cabinet dentaire, deux vestiaires et deux blocs sanitaires, et à la fin un bureau qui est partagé par la psychologue et l'orthophoniste.

2-2-Programme des activités de L'UDS :

Le programme annuel des activités de santé scolaire est établi, en début de chaque année scolaire, par le médecin scolaire, en collaboration avec le médecin coordination de santé scolaire (et /ou le médecin chef du sous secteur) et les directeurs des établissements scolaires concernés).

Lors du suivi à l'UDS, et toujours en présence d'un parent pour chaque élève, l'entretien et l'examen médical se donneront pour but de :

- Préciser le diagnostic et expliquer au parent.
- Permettre puis s'assurer d'une prise en charge correcte.

-Le médecin de santé scolaire est tenu au respect du secret médical.

2-3-Le rôle de psychologue de l'UDS :

- Le psychologue de l'UDS présente un objet pédagogique, son but est d'aider l'enfant dans le milieu scolaire pour dépasser les différents troubles psychiques émotionnels, comportementaux, relationnelles, et les difficultés scolaires.
- Il guide et prend en charge les enfants individuellement : le psychologue détecte le trouble de chaque enfant.
- Il prend aussi en charge les enfants en groupe : la prise en charge groupale se déroule avec la présence du clinicien à l'intérieur des classes.

3- La population mère :

La population mère de notre d'étude ce compose de (20) enfants qui souffrent d'énurésies.

3-1- l'échantillon de la recherche :

Les cas de notre étude ont été choisis aléatoirement, parmi les (20) enfants qui souffrent d'énurésies nos avons choisi(08) cas d'enfants et qui sont tous pris en charge par la psychologue du centre. Le consentement des parents des enfants énurétiques était la seconde étape à réaliser.

Notre échantillon d'étude était sélectionné en respectant certaine caractéristique, le choix de la tranche d'âge est situé entre 8ans et12ans, et les critères du diagnostique d'énurésie du DSMIV.

3-2 Les critères d'homogénéité retenus :

- Les enfants scolarisés qui présentent une énurésie nocturne ou diurne primaire ou secondaire.
- consentement à la participation à l'étude.

- Enfant ayant la tranche d'âge entre 8ans et 12ans.

3-3 les critères non pertinents pour la sélection :

- Le sexe.
- Le niveau scolaire de l'enfant.

Tableau N°2 : tableau représentant les caractéristiques de notre population d'études.

Cas	Sexe	Age	Niveau scolaire
Rayane	Masculin	8ans et demi	Deuxième année
Halim	Masculin	8ans	Deuxième année
Tinhinan	Féminin	12ans	Cinquième année
Nasrine	Féminin	10ans	Cinquième année
Ramis	Masculin	9ans	Quatrième année
Sarah	Féminin	9ans	Quatrième année
Silya	Féminin	8ans	Troisième année
Walid	Masculin	8ans	Deuxième année

Remarque : les prénoms des enfants présentés ci-dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

Dans ce tableau on a constaté que notre population d'étude est constituée de(08) cas d'enfants, de sexe différent, dont quatre filles (Sarah, Tina, Silya et Nasrine), et quatre garçon qui sont (Walid, Ramis, Halim et Rayane). Et ils sont scolarisés de la deuxième année jusqu'à la cinquième année primaire.

4-La démarche de la recherche :

Pour qu'un chercheur puisse mener à bien son enquête et arriver à des résultats plus pertinents, il doit penser aux moyens à utiliser à chacune des étapes de sa démarche, et ce sera bien sur sa méthodologie ; cette dernière est définie par Maurice Angers comme l'ensemble des méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et qui guident la démarche scientifique

Maurice. A ,1996.

4-1/La méthode descriptive :

Dans l'élaboration de toute recherche, il convient d'utiliser la méthode et la technique appropriées au sujet de recherche. Comme notre étude vise à décrire l'effet de l'énurésie sur la phobie sociale chez les enfants scolarisés, nous avons utilisé la méthode descriptive.

La méthode descriptive 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 phénomène, d'établir des données et des classifications, elle vise à décrire le comportement d'un individu.

On a choisi parmi les méthodes descriptives, l'étude de cas. Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passée.

L'avantage de l'étude de cas, comme méthode de recherche est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition du trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, relation, cognitive, etc.). **Chahraoui .K, 2003**

4-2/Les techniques utilisées

4-2-1L'entretien de recherche :

C'est un dispositif de base en psychologie clinique. Il est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique « l'entretien de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information ». Son but est de recueillir des informations sur le comportement présent et passé, les attitudes et les émotions ainsi que l'historique détaillé du problème et de l'individu en général.

Le chercheur clinicien dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de chercheur. la demande émane donc du chercheur et non pas du patient.

L'entretien semi directif : où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. **Chahraoui, K, 2003**

Le guide de l'entretien : 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. **Fenneteau. H ,2007.**

Donc le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisées ; il s'agit davantage de thèmes à aborder de formuler les relances pertinentes au moment venu .Les différentes forme de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

Dans notre entretien de recherche on a préparé deux guides d'entretien le premier pour les mères et le deuxième pour les enfants, et dans chaque guide on

a abordé différents axes. Et les entretiens se sont déroulés en langue Kabyle, et la durée des entretiens allait de 45 minutes à 1heure.

Le premier guide est consacré pour les mères et dans ce guide en a utilisé quatre axes.

Axe I : les caractéristiques personnelles

Axe II : les informations sur l'énurésie de l'enfant

Axe III : le comportement de l'enfant à la maison et la relation familiale

En a effectué des entretiens avec les mères des enfants énurétiques pour pouvoir récolter un ensemble d'informations sur l'état de leurs enfants, ce qui nous a facilité la compréhension de leurs problèmes, on a appliqué notre entretien de recherche dans le centre de l'UDS.

Le deuxième guide consacré pour les enfants, et dans ce guide on a construit les axes suivants :

Axe I : les caractéristiques personnelles

Axe II : l'énurésie de l'enfant

Axe III la relation de l'enfant dans l'école

Axe VI : regard sur l'avenir

4-2-2/ Présentation de l'échelle :

Le deuxième outil de recherche que nous avons utilisé et l'échelle d'anxiété phobique

L'échelle d'ECAP : est une échelle d'auto-évaluation des peurs exprimées par les enfants et les adolescents. Elles sont utiles pour mieux cerner la sémiologie

phobique et avoir des critères de comparaisons des enfants anxieux par apport à la population témoin.

- La construction de l'échelle :

Cette échelle a été construite en tenant compte des exigences et des qualités métrologique d'un instrument d'évaluation.

Les qualités formelles sont celles ayant trait à la clarté des items qui doivent donner lieu à une seule interprétation possible, être brefs et ne pas induire les réponses.

Une autre qualité concerne l'étendue des manifestations anxieuse explorées, les qualités statistiques d'une échelle d'auto-évaluation sont la sensibilité (elle doit donner des résultats nettement différents d'un individu à l'autre. selon ses caractéristiques psychopathologiques et varier chez le même individu à des moments différents de l'évolution de ses difficultés psychologiques et du traitement).

- **La fidélité**

Elle doit donner des résultats comparables intervenus de changement entre les deux évaluations, on doit retrouver à peu près les mêmes scores.

- **La validité**

Elle doit mesurer l'anxiété et non autre chose, en générale la validation est faite par apport au critère diagnostique du clinicien.

- Description de l'échelle

L'ECAP a été construite pour mesurer les peurs exprimées des jeunes âgés de 8ans à 18ans dans les domaines d'activités quotidiennes, sociales, familiales, scolaires et image de soi.

Elle comporte 76 items dérivants des peurs ou des réactions d'ordre individuel auxquelles le sujet doit répondre en cochant une seule case par items : « Presque jamais», « quelque fois» ou « souvent»

Pour les 21 items concernant la fréquence de l'évitement à cause de la peur le sujet doit cocher également une seule case « presque jamais», « quelquefois» ou « souvent»

Tous les items sont formulés à la première personne du singulier

- La composition de l'ECAP : est la suivante :

Echelle de peurs 76, items, on obtient une note totale d'intensité des peurs

Echelle d'évitement 21, items on obtient une note totale d'intensité ou fréquence de l'évitement phobique.

L'analyse factorielle de l'échelle des peurs donne trois facteurs :

➤ **Facteur I :** image de soi et compétence réussite personnelle 27 items :
N°3 ,4,6,7,8,10,12,14,15,19,22 ,23 ,26 ,32 ,33 ,34, 36, 39, 54, 56, 57, 59
,63, 64, 65, 67, 68 .

➤ **Facteur II :** interaction groupe de pairs 14 items :

N° 2, 5, 9, 18, 20, 31, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 52.

➤ **Facteur III :** peur de dangers menaçant l'intégrité ou celle des parents 19 items

N° 17, 27, 28, 29, 43, 48, 49, 50, 55, 58, 61, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76.

- Administration

- L'administration de l'ECAP est individuelle.
- Elle s'applique aux enfants et adolescents scolarisés de 8 ans et plus.
- La passation dure environ 15minutes.

- Il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explications.

Premier exemple : « j'ai peur de prendre le métro » pour un enfant de 8 ans qui a l'habitude de le prendre accompagné on va insister sur le fait que la peur concerne le métro dans les conditions habituelles pour lui.

D'autres items renvoient à des situations qu'ils n'ont jamais vécues.

Deuxième exemples : « j'ai peur des dentistes » dans ce cas, on demandera à l'enfant de réfléchir à la peur dans l'éventualité d'aller chez le dentiste.

Troisième exemple : « j'ai peur de passer mon bac » si l'enfant n'a jamais pensé à cette situation, on lui demandera si en ce moment il ressent une certaine peur à l'idée de passer son baccalauréat.

- La correction :

L'ECAP se corrige rapidement en comptant :

1 point par croix apparaissent dans la colonne : « presque jamais »

2 point par croix dans la colonne « quelquefois »

3 point dans la colonne « souvent »

On obtient une note totale d'anxiété phobique en additionnant les points de chaque item faisant partie du facteur en question.

-Interprétation des notes de l'échelle

Une note totale des peurs ≥ 124 points nécessite une exploration clinique approfondie car la note est probablement en rapport avec un trouble anxieux phobique

Une note ≥ 32 points est significative d'évitement phobique intense sont deux indicateurs d'un probable trouble phobique.

Une note ≥ 48 points au facteur **1** est indicatrice d'un trouble au niveau de l'image de soi et de la réussite personnelle.

Le sujet a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement, il a peur de décevoir.

Une note de ≥ 20 Points au facteur **2** signale probablement une crainte de l'interaction avec le groupe de pairs.

Ceci pourrait indiquer des difficultés d'adaptation au cadre scolaire.

Une note ≥ 29 points au facteur **3** montre l'intensité avec laquelle le jeune vit les dangers potentiels le menaçant lui et/ou les figures d'attachement .l'anxiété d'anticipation joue un rôle certainement important dans ce facteur.

Et pour la phobie sociale la note moyenne et de **142** points. (Vira .L, 1996 p429)

Synthèse :

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

La population de notre recherche sont tous des enfants scolarisés et ils sont tous pris en charge par le centre UDS d'AKBOU et âgés de 8 à 12 ans.

Et pour tenter de vérifier et de tester nos hypothèses nous avons utilisé des outils d'investigation (guide d'entretien et l'échelle d'anxiété phobique).

Axe II : présentation, analyse et discussion des résultats**Préambule**

Dans cette axe la on va présente les données de l'échelle d'anxiété phobique ainsi, que les cas de notre étude ensuite on va présente et analysé les hypothèses.

1/ présentation des données de l'échelle**Tableau n°3 : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété phobique**

LES CAS	Les points			Les points d'évitement ≥ 32 points	Total ≥ 142 points Pour la phobie sociale
	F1 : image de soi et compétences réussite personnelles ≥ 48 points	F2 : interaction groupe de pairs ≥ 20 points	F3 : peur des dangers menaçant ou celle des parents ≥ 29 points		
Rayan	51	15	31	19	116
Halim	60	23	50	40	173
Tinhinan	63	37	51	53	204
Nasrine	68	26	53	43	190
Ramis	31	14	22	23	90
Sarah	78	23	59	44	204
Silya	77	24	57	45	203
Walid	66	37	51	34	188

Dans ce tableau nous avons regroupé les résultats de l'échelle d'anxiété phobique ECAP pour les huit cas que nous avons étudié dans (Rayan, Halim, Tina, Nasrine , Ramis , Sarah, Silya et Walid).

Pour le facteur I « image de soi et compétence, réussite personnelle » on a constaté que tous nos cas ont un taux élevé par rapport à la moyenne qui est de ≥ 48 points. Surtout les cas de Sarah et de silya.

Et pour le facteur II « interaction de groupe des pairs » on constate que six cas sur huit en un taux élevé par rapport à la moyenne qui est de ≥ 20 points.

Dans le cas de Tinhinan et Walid qui ont le taux le plus élevé qui est de 37 points.

Et le facteur III « peur des dangers menaçant l'intégrité ou celle des parents » on constate que tous nos cas en un taux élevé par rapport à la moyenne qui est de ≥ 29 points surtout le cas de Sarah qui à 59 points.

Pour l'échelle d'évitement ou les points doivent être \geq à 32 points on constate que sept cas sur huit entreprennent un comportement d'évitement.

Enfin pour la phobie sociale les points doivent être ≥ 142 points, et on constate que six cas sur huit en une phobie sociale.

2/ présentation des entretiens :

Le cas N°1 Rayane

Présentation de cas :

Rayan est un garçon de huit ans et demi, c'est l'ainé de la famille, il a une petite sœur de deux ans, son père est un fonctionnaire et sa mère est femme au foyer. Il est en deuxième année primaire, ses résultats scolaires sont moyen, il a quatre sur dix de moyenne dans le premier trimestre.

Présentation des l'entretiens :

On a rencontré Rayan et sa mère, dans la salle d'attente de l'UDS, pour sa troisième consultation avec la psychologue et vu que notre thème de recherche

correspond avec le cas de Rayan. Nous avons expliqué à la mère notre thème de recherche, et on a demandé un consentement. Elle hésitée un peu, mais après elle a acceptée.

On a demandé à la mère de nous parler un peu sur sa grossesse ?

« Pendant ma grossesse j'étais un peu malade, mais à partir du cinquième mois, j'ai commencé à récupérer ma santé, mais en ce qui concerne mon accouchement, ça était bien passé et comme étant m'on premier enfant j'étais très heureuse »

Quelle est la première fois que Rayan a fait pipi au lit ? Et à quel moment ?

« Rayan a arrête de faire pipi au lit a l'âge de trois an, mais juste après la naissance de sa petite sœur il a recommence de fait pipi et parfois même pendant la journée, le sommeil de Rayan est lourd, Il se réveille difficilement »

Après on a demandé à la mère de nos parler du comportement de Rayan dans la maison.

Elle dit : *« toute la journée, il joue dehors et quand il rentre, il se bagarre avec sa sœur ou il part chez sa tante. Quand ma fille était petite, je fermais la porte de la chambre sur elle parce que j'avais peur que Rayan lui fasse du mal »*

A la fin de notre entretien, on a remercié la mère et on a demandé si on pouvait faire un entretien avec Rayan . Elle a accepté.

Quand Rayan est rentré au bureau, il c'était assis directement et il a dit : *« est-ce qu'on peut commencer ? »*

On a dit : *« oui, on vas commencer »* on a dit : *a ce que vous sentez qu'il y a un danger autour de vous ?* Il a dit : *« Non je n'ai peur de personne et aussi je n'ai peur de rien, parce que je peux frapper tout le monde »*

Pour quoi vous faites pipi au lit ? Il nous a dit : « *Parce que j'ai froid la nuit à cause de ma petite sœur qui me disait « à dada Rayane j'ai froid » alors je lui donne ma couverture et moi je reste au froid »* »

Après on lui a dit de nous parlé un peu de l'école, comment passez-vous vos journées là bas ?

Il dit : « *je déteste l'école parce que je déteste mon enseignante car elle me donne beaucoup d'exercice et quand je les fais pas elle me frappe en revanche j'aime jouer dehors avec mes amis jusqu'à la nuit »* »

Analyse des entretiens :

Rayan souffre d'un trouble de contrôle sphinctérien, qui est l'énurésie secondaire mixte il a commencée à l'âge de cinq ans. Rayan est né à terme d'une grossesse désirée. Il n'a jamais eu de problèmes de santé, il a un développement normal. Il n'ya pas des antécédentes familiales par rapport à ce trouble.

Rayan est un garçon jaloux de sa petite sœur, parce qu'il se bagarre toujours avec elle .et sa mère est tolérante avec lui et on peut dire qu'elle le gatte trop.

Présentation des données de l'échelle d'anxiété phobique :

A la fin de l'entretien, on lui a passé l'échelle d'anxiété, ou il a répondu presque à toutes les questions, mais il a trouvé des difficultés à comprendre la question, n°43 et on a reformulé la question en kabyle : « *athe sagadad a drouge* » . « J'ai peur des escaliers » Et en répondant aux questions il disait qu'il n'a peur de rien, qu'il est fort et que rien ne peut lui faire peur.

Selon les résultats de l'échelle, on constate que Rayane ne souffre pas de phobie sociale parce que le résultat total de l'échelle est de 97points, par contre la moyenne de l'échelle (ECAP) pour la phobie sociale est ≥ 142 points.

Donc Rayan ne souffre de phobie sociale.

Cas N°2 Halim**Présentation de cas :**

Halim est un petit garçon de huit ans, c'est le benjamin d'une fratrie de cinq enfants, son père est agent de direction dans une entreprise privée et sa mère est femme au foyer.

Il est scolarisé en deuxième année primaire et ses résultats scolaires sont bons il a sept sur dix de moyenne dans le deuxième trimestre.

Présentation des entretiens :

Halim et sa mère se sont présentés au sein du centre de l'UDS, elle est venue à cause de l'énurésie de son fils. La mère a accepté de faire l'entretien avec nous. On a commencé par cette question :

Parlez- nous un peu de votre grossesse ?

Elle nous a dit : *« je n'ai pas apprécié le fait d'être enceinte car des problèmes financiers surgissaient et prendre en charge un autre enfant est devenu difficile car j'en avais déjà quatre enfants »*

Quand votre enfant a- t il commencé à faire pipi au lit ? Et à quel moment. ?

Elle nous a dit : *« Il faisait pipi au lit chaque nuit, depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui, c'est pour ça que je lui mettais toujours des couches ».*

Puis on lui a demandé de nous parler du comportement de son enfant à la maison.

Elle nous a dit : *« le problème de mon fils, c'est la peur. Il a peur de partir à l'école, il a peur de rester seul, il faut toujours qu'il soit accompagné et dans la maison il ne se déplace pas sans moi et aussi il a peur même de parler avec les*

autres, même ses camarades de classe c'est pour ça qu'on a consulté un psychologue »

Quand Halim est entrée au bureau, il a demandé à sa mère de rester avec lui, il refuse de rester seul avec nous. Après on lui a demandé juste de répondre aux questions qu'on va lui poser. Halim hésite un peu mais avec l'aide de sa mère il a accepté.

Est-ce qu'il ya quelqu'un ou quelque chose qui vous fait peur ? ou a ce que vous sentez un danger autour de vous ?

Il nous a dit : *« oui, il ya toujours des fantômes tout autour de moi et quand ma mère reste avec moi tous les fantômes disparaissent »*

Dites-nous pourquoi vous faites pipi au lit ?

Il nous a dit : *« je ne sais pas »*

On lui a dit parlez- nous un peu de votre école ? et comment vous passez vos journées ?

Il nous a dit : *mes parents m'accompagnent à l'école et quand je sors, je trouve ma mère ou mon père qui m'attendent devant l'école»* on lui a dit : est-ce que vous jouez avec vos camarades ?

Il nous a dit *« non, je joue avec mes frères »*

Analyse des l'entretiens :

Halim est né à terme d'une grossesse non- désirée, il souffre d'un trouble sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire donc il n'a jamais acquis la propreté. Sa mère n'a pas le temps de s'occuper de lui c'est pour ça qu'elle lui mit encore des couches. Le rôle de la mère en tant que premier partenaire dans le développement du sentiment social du tout petit, sont, à l'heure Actuelle, universellement admises. La mère est la source du sentiment de la sécurité chez

chaque enfant, Halim souffre d'un manque de ce sentiment du à la grossesse non-désirée.

Présentation des données de l'échelle d'anxiété phobique :

Halim est un garçon timide, et quand on lui a donné l'échelle pour répondre aux questions, il y trouvait des difficultés, mais ce dernier ne faisait que sourire mais on l'a, bien sûre, aidé à comprendre, par exemple : la question n°43 « j'ai peur de prendre l'ascenseur » on a reformulé la question en kabyle : « *athe sagadad a drouge* ». « J'ai peur des escaliers » et la question n°21 « j'ai peur de prendre le métro » on a reformulé la question en kabyle. Est-ce que vous avez peur de prendre le train .Halim a généralement répondu aux questions avec « souvent ».

D'après les résultats de l'échelle d'ECAP, on trouve que Halim a beaucoup de difficultés en ce qui concerne le facteur de l'image de soi et les compétences réussite personnelle parce que sa note dans ce facteur est de 60 points et la note moyenne est de 48 points c'est- à -dire que Halim a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement il a peur de décevoir ses parents.

La note du deuxième facteur est de 23 points et la moyenne c'est 20 points c'est à dire qu'il trouve des difficultés pour l'adaptation au cadre scolaire.

La note du troisième facteur est de 50 points et la moyenne c'est 29 points donc dans ce facteur Halim vit les dangers potentiels menaçant lui et/ou les figures d'attachement.

A la fin on constate que Halim souffre d'une phobie sociale.

Cas N°3 Tinhinan**Présentation de cas :**

Tinhinan est une jeune fille âgée de douze ans, ses parents son divorcée, elle vit avec son père qui s'est remarié. Elle a un grand frère de quinze ans et un autre demi- frère de deux ans. Elle est scolarisée en cinquième année primaire, ses résultats ne sont pas satisfaisants parce qu'elle a refait l'année, en quatrième année, elle a obtenu la moyenne de quatre sur dix dans le deuxième trimestre.

Présentation des entretiens :

On à rencontre Tinhinan et sa mère dans le centre de L'UDS, pour consulter la psychologue pour la deuxième fois. Et tant que le cas de Tinhinan concerne notre thème de recherche, la psychologue demande un consentement de la mère pour faire un entretien avec nous et cette dernière a accepté.

On a commencé l'entretien avec cette question : Parle- nous un peu de votre grossesse ?

Elle dit : « *Est ce que cette question est nécessaire* » on lui a dit : « oui, c'est vraiment nécessaire ».

Elle dit « *quand j'étais enceinte de Tinhinan, j'étais vraiment contente de cette grossesse surtout quand la gynécologue m'a confirmé que c'est une fille.* »

Quand Tinhinan a-t'elle commencé à faire pipi au lit ? Et a quel moment. ?

Elle nous a dit « *elle a arrêtée de faire pipi au lit à l'âge de deux ans avant que les problèmes avec mon mari ne commencent, juste après notre divorce, à-peu-près à l'âge de cinq ans, elle a recommencé à faire pipi au lit chaque nuit, parce qu' elle dort toute seule dans la chambre quand je vivais encore avec mes enfant Tinhinan était la plus proche de moi, mais maintenant je suis loin de mes enfants et je n'arrive pas à les aider à régler leurs problèmes* »

Après on lui a demandé de nous parler du comportement de sa fille à la maison ?

Elle nous a dit « *chez elle je ne sais pas mais quand elle arrive chez moi elle reste toujours calme et près de moi* »

A la fin de notre entretien, on a remercié la mère et on lui a demandé si l'on pouvait faire un entretien avec sa fille. Elle a accepté.

Tinhinan est entrée au bureau, elle s'assoit directement et dit : « *Bonjour* » et on a dit « *Bonjour* » après, on a expliqué que son cas concerne notre thème de recherche. On lui a demandé de répondre à nos questions. Elle nous a permis de faire l'entretien.

La première question qu'on lui a posée : Est ce qu'il ya quelqu'un ou quelque chose qui vous effraye, ou que vous sentez un danger autour de vous ?

« *Oui, j'ai peur beaucoup parce que chez nous, il ya un monstre qui marche c'est la femme de mon père, je la déteste, parce qu'elle me frappe et me fait une douche froide chaque matin quand elle s'aperçoit que j'ai fait pipi au lit* ».

On lui a demandé de nous raconter pourquoi fait-elle pipi au lit ?

Elle nous a dit : « *j'ai peur la nuit parce que je dors toute seule dans la chambre, je fais pipi au lit quand je fais des cauchemars* »

On lui a dit : « *parle nous un peu de votre école ? comment passez-vous vos journées là bas* » ?

Elle nous a dit : « *Je déteste l'école parce que tout le monde se moque de moi à cause de mes urine, tous cela à cause de la femme de mon père qui a raconté à tous les élèves que je fais pipi au lit* »

A la fin de notre entretien Tinhinan nous a confié qu'elle souhaite fuir la maison ou mourir.

Analyse des entretiens :

Tinhinan souffre d'un trouble de contrôle sphinctérien qui est l'énurésie secondaire nocturne qui est survenu à l'âge de cinq ans, juste après le divorce de ses parents. Elle vit dans un dysfonctionnement familial à cause de la séparation de ses parents et elle souffre de la négligence familiale et de la maltraitance qui fait référence à toute forme de violence, d'abus ou de négligence commise par des adultes envers des mineurs.

Tinhinan vit dans l'isolement social à cause de son énurésie, parce que tout le monde se moque d'elle. Donc on trouve que les enfants maltraités risquent de développer, une multitude de problèmes de santé, notamment des retards de croissance, de développement, des problèmes physiques et psychologiques qui se prolongent pendant la vie adulte.

Quand Tinhinan s'est séparé avec sa mère, un sentiment de gêne est survenu, elle méritait également une considération particulière, car ces gênes peuvent aussi entraîner une détresse grave et nuire à son fonctionnement. Ce problème survient lorsque ces réactions émotionnelles excessives par rapport à la nature de la situation à laquelle elle fait face (par exemple des crises de larmes lorsque elle se sépare avec sa mère et quand sa belle mère la maltraite et qu'elles interfèrent avec sa vie.

Selon le DSM IV la peur d'être gêné dans les situations sociales est communes mais habituellement le degré de souffrance ou d'évitement social transitoire est particulièrement commun dans l'enfance.

Présentation des données de l'échelle d'anxiété phobique :

A la fin de notre entretien, on a passé l'échelle d'anxiété à Tinhinan pour répondre aux questions, elle n'a pas trouvé des difficultés.

D'après l'échelle d'ECAP, on trouve que Tinhinan a beaucoup de difficulté sur le facteur de l'image de soi et les compétences réussites personnelles parce que sa note dans ce facteur est de 63 points et la note moyenne est 48 points c'est -à- dire que Tina a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement, elle a peur de décevoir.

Pour le deuxième facteur qui est de 37 points et la moyenne c'est 20 points c'est à dire qu'elle trouve des difficultés pour s'adaptation dans le cadre scolaire

La note du troisième facteur est de 51 points et la moyenne c'est 29 points donc dans ce facteur tinhinan vit les dangers potentiels la menaçant.

La note d'évitement est de 53 points et la moyenne c'est 32 points c'est-à-dire que Tinhinan adopte un comportement d'évitement.

A la fin on a constaté que Tinhinan souffre d'une phobie sociale.

Le cas N° 4**La présentation de cas :**

Nasrine est une fille âgée de dix ans, c'est l'aînée, elle a deux petits frères l'un est âgé de trois ans et l'autre n'est pas encore née, elle est scolarisée en cinquième année primaire, et ses résultats du deuxième trimestre sont six sur dix. Sa mère est une femme au foyer et son père travaille dans une agence immobilière.

Présentation des entretiens :

On a rencontré Nasrine et sa mère dans le centre de l'UDS pour sa deuxième consultation avec la psychologue et vu que notre thème de recherche correspond avec le cas de Nasrine , on a expliqué à la mère notre thème de recherche, et on a demandé si elle veut faire un entretien avec nous. Elle hésité un peu, mais après avec l'aide de la psychologue elle a accepté.

On a demandé à la mère de nous parler un peu de sa grossesse, comme notre première question.

Elle dit : « *Quand j'étais enceinte de Nasrine j'étais un peu stressée parce que c'est ma première grossesse et je n'avais pas d'expérience et vu que je vivais seule il n'y avait personne autour de moi pour partager son expérience et d'un autre coté j'étais heureuse de cette grossesse*».

Quelle est la première fois que Nasrine fait pipi au lit ? Et à quel moment ?

« *Quand elle était petite, ahhh je veux dire de sa naissance jusqu'à trois ans et demi, mais le problème est qu'après cinq ans elle a recommencé à faire pipi au lit jusqu'à maintenant. Après on a consulté un pédiatre qui lui a donné des médicaments (DESMOPRESSINE) mais ça n'a pas vraiment été efficace, car dans deux jour ou trois aprrêt elle recommençait à faire pipi au lit, donc on a décidé de l'emmener chez un autre pédiatre, qui nous confirma que le problème n'est pas organique, mais peut être psychique .alors nos l'avons rameniez ici chez la psychologue. »*

Après on a demandé à la mère de nous raconter le comportement de sa fille à la maison ?

Elle dit « *et bahhh c'est une fille calme, elle ne fait pas beaucoup de bêtises à la maison, elle n'aime pas jouer dehors, elle déteste partir chez ses cousins .Mais la seule chose qui la dérange c'est quand elle fait pipi au lit car elle commence*

à s'excuser et à m'expliquer qu'elle n'a pas fait ça volontairement c'est pour ça que j'ai de la pitié sur elle et je ne la frappe pas et je ne crie pas sur elle».

A la fin de notre entretien, on a demandé de faire un entretien avec sa fille, La mère a accepté.

On a remarqué que quand Nasrine est entrée dans le bureau, elle n'a pas osé nous regarder en face, et on a senti qu'elle avait peur et qu'elle était stressée car elle croise ses main lui ne veut pas avancer vers la chaise et on a insisté sur elle pour s'asseoir, on a expliqué qu'on est là pour l'aider, mais il faut juste qu'elle nous réponde à nos questions. Elle réfléchit un peu après elle dit « *d'accord* ».

La première question qu'on lui a posé c'est : est-ce qu'il ya quelqu'un ou quelque chose qui vous font peur, ou que vous sentez un danger autour de vous ?

Elle réfléchi un peu et dit : « *oui j'ai peur quand mes parents se disputent entre eux et aussi quand mon enseignante élevé sa voix sur moi ou quand elle me frappe elle me fait mal, c'est pour ça que je reste tranquille dans la classe et même dans la récréation* ». On a dit, est ce que vous pouvez nous dire pourquoi vous faites pipi au lit ? Elle baisse sa tête et lève ces épaules et nous dit qu'elle voulait arrêter de faire pipi au lit

Analyse des entretiens :

Nasrine est née à terme d'une grossesse désirée, elle souffre d'un trouble sphinctérien qui est l'énurésie nocturne secondaire à l'âge de cinq ans. Elle n'a jamais eu de problèmes de santé, elle a un développement normal. il n'ya pas d'antécédent dans la famille.

Nasrine ne souffre pas seulement de l'énurésie mais aussi elle souffre de l'isolement social car elle n'aime pas fréquenter les gens même ses proches. Même dans l'école elle ne fréquente pas les enfants de son âge, elle a toujours un sentiment de honte devant sa mère à cause de son énurésie.

Faire pipi au lit est souvent très mal vécu par l'enfant. En fonction de la manière dont ce trouble est perçu par ses parents et son entourage, il peut culpabiliser. Mais quel que soit l'accueil, les jeunes énurétiques vont très souvent faire face à d'importantes déceptions et à une perte de l'estime de soi. Submergé par l'angoisse, l'enfant a la sensation de ne pas pouvoir solutionner son problème. (Luc Blanchot, 2009).

Présentation des données de l'échelle d'anxiété phobique :

A la fin de notre entretien on a passé l'échelle d'anxiété à Nasrine pour répondre aux questions. Elle n'a pas trouvé des difficultés pour comprendre les questions.

D'après l'échelle d'ECAP on trouve que Nasrine a des difficultés sur le facteur de l'image de soi et les compétences réussites personnelles parce que sa note dans ce facteur est de 68 points et la note moyenne c'est 48 points, c'est-à-dire que Nasrine a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement il a peur de décevoir.

Pour le deuxième facteur est de 26 points et le moyenne c'est 20 points c'est-à-dire qu'elle ne trouve pas vraiment des difficultés pour d'adaptation au cadre scolaire.

La note de troisième facteur est de 53 points et la moyenne c'est 29 point donc dans ce facteur Nasrine vit les dangers potentiels la menaçant elle et/ou les figures d'attachement.

Le cas N°5 Ramis**La présentation de cas :**

Ramis est un garçon âgé de huit ans, c'est le fils unique. Il est scolarisé en deuxième année primaire. Ces résultats scolaires sont satisfaisants sept sur dix. Sa mère est une femme au foyer et son père travaille dans une entreprise comme agent de sécurité. Ramis vit dans une petite famille.

Présentation des entretiens :

On a rencontré Ramis et sa mère dans le centre de l'UDS. Elle est venue pour la deuxième fois pour consulter la psychologue à cause de l'énurésie de son fils, la psychologue de l'UDS nous a présenté comme des stagiaires, elle a expliqué à la mère notre thème de recherche qui concerne le cas de son enfant et elle lui a demandé si elle accepte de faire un entretien, la mère a accepté facilement.

D'abord, on a commencé de faire l'entretien avec la mère et on lui a posé la question suivante :

Parlez- nous un peu de votre grossesse ? Elle dit « *j'étais heureuse quand le médecin m'a dit que je suis enceinte parce que c'est ma première grossesse, voilà* »

Quand votre enfant a-t-il commencé à faire pipi au lit ? Et à quel moment ?

Elle nous a dit « *Mon bébé urine chaque nuit depuis sa naissance j'étais inquiète pour lui mais tous le monde m'a dit que c'est normal et que quand il va grandir il va arrêter de faire pipi au lit. Quand il a dépassé sept ans j'ai remarqué que mon fils a un dysfonctionnement quelque part dans son corps c'est pour cela qu'on a consulté un médecin généraliste qui nous a confirmé que ce n'est pas un problème organique. Après il nous a orienté vers un psychologue* ».

La mère nous a confirmé que le sommeil de son enfant est normal parce qu'il se réveille facilement et c'est le seul qui fait pipi au lit dans la famille.

Après, on lui a demandé de nous parler du comportement de l'enfant à la maison.

Elle nous a dit : « *Mon fils fait trop de bêtises, il sort de la maison sans autorisation, il se bagarre toujours avec ses camarades, ses voisins. Quand je lui dis pourquoi vous vous bagarrez toujours, il me dit qu'il est un homme, qu'il peut frapper tout le monde c'est pour cela que je le frappe toujours, mais il garde toujours ses mauvaises habitudes* ».

A la fin de notre entretien, on a demandé à la mère si on pouvait faire un entretien avec son fils, et elle a accepté.

Quand Ramis est entré au bureau, il nous a dit bonjour, il s'assoit et dit « *que vous voulez de moi* ».

On lui a expliqué qu'on voulait faire un entretien avec lui et qu'on va lui poser de simples questions. Il a réfléchi un peu après il nous a dit : « *d'accord* ».

On lui a dit : « Est ce que vous avez peur » ?

Il nous a dit : « *je ne crains rien ni personne, par ce que je suis fort* ».

On suite on lui a dit : est ce que vous faites pipi au lit ?

Il a fait un petit sourire après il a dit : « *oui, mais qu'elle que fois seulement parce que notre toilette est loin de ma chambre, et moi je n'aime pas y- aller la nuit si pour ça que je les fais au lit.* »

On lui a dit : est ce que vous voulez arrêter de faire pipi au lit ?

Il nous a dit : « *oui, c'est pour cette raison que je suis ici* ».

Après cette réponse, on lui a demandé de nous parler de son école, comment passe t'il ses journées dans cette l'école ?

Il nous a répondu : *« je pars tout seul à l'école, et j'aime aller à l'école parce que je me bagarre avec mes camarades, malgré mes bêtises mon enseignant me fait toujours des compliments parce que je suis fort à l'école ».*

On lui a dit : « Est ce que vous avez peur que vos camarades découvre que tu fais pipi au lit » ?

Il nous a dit : *«non, parce que personne ne peut se moquer de moi donc, ça ne me fait pas peur ».*

Analyse des l'entretiens :

Ramis, souffre d'un trouble de contrôle sphinctérien, qui est l'énurésie primaire nocturne. Il est née à terme d'une grossesse désirée il n'a jamais eu de problème de santé, il a un développement normal. C'est le premier enfant qui a un problème de l'énurésie dans sa famille. Ramis nous a pas trop parlé de son énurésie car il était gêné, il se comportait comme un adulte mais toujours avec une agressivité. Il a une estime de soi trop élevé, mais en ce qui concerne son énurésie il a de la honte. Au point ou il ne peut même pas nous raconter se qu'il ressent.

Présentation des données de l'échelle :

A la fin de notre entretien on a passé l'échelle d'anxiété à Ramis pour répondre aux questions. Il a trouvé des difficultés pour comprendre la question N°24, on lui à donné un exemple en langue kabyle « vous donnez des compliments sur vous-même », mais pendant la passation de l'échelle, qui à durée 10 minutes, il dit pourquoi toutes ces questions. Vous savait que je n'ai pas peur.

D'après l'échelle d'ECAP on trouve que Ramis n'a pas trouvé des difficultés sur le facteur de l'image de soi et les compétences réussite personnelle, parce que sa note dans ce facteur est de 31 points, la note moyenne est de 48 points c'est -à- dire que Ramis n'a jamais peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociale et affective de son environnement. Car il a beaucoup de confiance en lui-même

Pour le deuxième facteur est de 14 points mais la moyenne est de 20 point c'est- à- dire que il ne trouve pas des difficultés pour s'adapter au cadre scolaire

La note du troisième facteur est de 19 points, la moyenne est de 29 points, donc ce facteur, il ne vit pas dans les dangers potentiels qui le menaçant lui/ou les figures d'attachements.

La note d'évitement est de 23 points et la moyenne est de 32 points donc Ramis ne souffre pas d'un évitement phobique.

A la fin on a constate que Ramis ne souffre pas d'une phobie sociale.

Cas N°6 Sarah

Présentation de cas :

Sarah est une jeune fille âgée de neuf ans, elle est scolarisée en quatrième année primaire ses résultats scolaire sont moyens, elle a six sur dix de moyenne. Elle a trois grandes sœurs et un petit frère de cinq ans. Son père est un maçon et sa mère est une femme au foyer.

Présentation des entretiens :

On a rencontré Sarah et sa mère dans le centre de l'UDS, elle est venue pour la deuxième fois pour consulter la psychologue à cause de l'énurésie de sa fille, la psychologue de l'UDS nous a présenté comme des stagiaires, elle a expliqué

notre thème de recherche qui concerne le cas de sa fille et elle a demandé un consentement pour faire un entretien avec elle, et la mère a accepté.

On a commencé de faire l'entretien avec la mère et on lui a posé les questions suivantes :

Parlez nous un peu de votre grossesse ?elle nous a dit «*Ma grossesse s'est déroulée dans des conditions vraiment pénibles car à ce moment la on a déménagé, en plus c'est ma quatrième fille donc j'aurais aimé que ça soit un garçon*»

A quel moment votre fille a commencé à faire pipi au lit ?

Elle nous a dit : «*Elle a arrêté de faire pipi au lit à l'âge de deux ans et a la repris à l'âge de six ans, quand j'étais à l'hôpital c'est pour cela que j'étais inquiète pour elle, puis on a consulté un médecin généraliste qui nous a confirmé que ce n'est pas un problème organique et il nous a orienté vers un psychologue.* »

Pouvez-vous décrire le comportement de votre fille à la maison ?

Elle nous a dit : «*Sarah est la plus réservée de ses sœurs, c'est une fille timide et calme car elle a peur de sa grande sœur c'est pour cette raison que Sarah reste toujours seule à la maison devant la télévision.* »

Enfin, on a demandé à la mère de faire un entretien avec sa fille.

On a remarqué que quand Sarah est entrée dans le bureau, elle avait peur et on sentait qu'elle est stressée, ces mains tremblaient elle ne voulait pas avancer vers la chaise mais on a insisté sur elle pour s'asseoir, on a expliqué qu'on est là pour l'aider à résoudre son problème et qu'on lui voulait du bien. Et il fallait juste répondre à nos questions. Elle dit «*d'accord* »

La première question qu'on lui a posé est la suivante : Est ce qu'il ya quelqu'un ou quelque chose qui vous fait peur, ou a ce que vous sentez un danger autour de vous ?

Elle dit : *« oui, j'ai peur de ma sœur surtout quand elle me frappe ou bien lorsque elle hausse la voix sur moi. »*

Quand nous avons parlé à la fille de son énurésie elle nous a dit : *« je fais pipi au lit la nuit lorsque je fais des cauchemars, et j'ai peur qu'il arrive quelque chose de mal à ma mère ».*

Et est ce que tu as de bonnes relations avec tes sœurs *« oui, mais ma grande sœur me frappe parce que je fais pipi et elle me dit que mes cousines, elles ne font pas pipi, et je suis le seul bébé dans la famille ».*

Quand nous lui avons parlé de l'école et de sa relation avec ces camarades elle nous a dit *« j'aime aller à l'école mais je préfère rester seule, parce que j'ai peur que les autres découvre que je fais pipi au lit et se moquent de moi ».*

Analyse des entretiens :

Sarah est née à terme d'une grossesse désirée, elle souffre d'un trouble sphinctérien qui est l'énurésie nocturne secondaire.

Sarah à acquis le contrôle de la propreté diurne à l'âge de trois ans, la propreté nocturne à l'âge de quatre ans. Mais à l'âge de six ans et après l'hospitalisation de sa mère, elle a refait une énurésie nocturne secondaire. A cause de sa sœur qui la frappe et humilie, on constate que c'est la cause majeur de sa timidité intense et un isolement social car elle s'isole des autres.

Selon Avirous : les conséquences psychologiques de l'état d'énurésie sont réelles, et l'on connaît les sentiments de honte, de perte de confiance, de rejet et

de repli sur soi, de culpabilité, de mauvaise estime de soi (tendance à l'isolement). (*Avirous .M.et al ,2001*)

Présentation des données de l'échelle d'anxiété phobique :

Sarah a répondu à toutes les questions, mais pendant la passation de l'échelle en entendait à peine sa voix parce qu'elle était timide et elle tremblait.

D'après l'échelle d'ECAP on trouve que Sarah a des difficultés sur le facteur de l'image de soi et les compétences réussite personnelle parce que sa note dans ce facteur est de 78 points et la note moyenne c'est 48 points c'est à dire que Sarah a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement, elle a peur de décevoir ses parents.

Pour le deuxième facteur qui est de 23 points et la moyenne c'est 20 points c'est à dire qu'elle trouve des difficultés pour s'adapter au cadre scolaire.

La note du troisième facteur est de 59 points et la moyenne c'est 29points donc dans ce facteur Sarah vit les dangers potentiels menaçant lui et/ou les figures d'attachement.

La note d'évitement est de 44points et la moyenne c'est 32points donc Sarah souffre d'un évitement phobique

D'après les résultats de l'échelle d'anxiété phobique on a constaté que Sarah souffre de phobie sociale, le total des points est de 204 points.

Le cas N°7 Silya**La présentation de cas :**

Silya est une fille âgée de neuf ans, elle est scolarisée en troisième année primaire, elle a obtenu la moyenne de six sur dix dans son premier trimestre.

Silya a seulement un frère qui est âgé de dix ans, ses parents sont divorcés, sa mère ne travaille pas, elle est femme au foyer, son père est un cuisinier dans un hôtel à Alger. Silya et son frère vivent avec leur mère dans la maison de leurs cousins maternels.

Présentations des entretiens :

La première rencontre avec la mère de Silya c'est dans le centre de L'UDS, car elle est venue pour répondre à une convocation qui lui a été envoyée par la psychologue du centre pour l'informer sur le problème de sa fille.

Tant que le cas de Silya concerne notre thème de recherche, la psychologue demande un consentement de la mère pour faire un entretien avec nous et cette dernière a accepté.

En a commencé à poser des questions à la mère.

Parlez- nous un peu de votre grossesse ? Elle dit : *« ammm la grossesse de Silya a été un peu difficile, car à ce moment je n'étais pas bien, parce que j'ai passé une période difficile avec mon mari. Ce qui m'a poussé à ne pas vouloir une autre grossesse, car je ne veux pas qu'elle vienne au monde avec tout ces problèmes que j'avais avec son père. »*

Quand Silya a-t-elle commencé de faire pipi au lit ? Et à quel moment. ?

« hhhh elle fait pipi au lit quelques fois la nuit, depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui et j'ai jamais pensé que ma fille a besoin de consulter un

psychologue à cause de ces urines, car dans la famille en a jamais trouvé ce genre de cas».

Après, on a demandé à la mère de nous parler du comportement de Silya dans la maison.

Elle dit : « *Silya est une fille calme par rapport à son frère, elle évite de jouer avec lui et aussi avec ces cousines, elle ne fait pas beaucoup de bêtises, elle passe la plupart du temps devant la télévision. Mais parfois elle joue avec sa voiture. C'est son jouet préféré, mais elle m'énerve quand elle fait pipi au lit, au point que je la frappe, et aussi lorsque elle me casse la tête pour voir son père*». Elle est énervée elle nous demande un verre d'eau, elle souhaite que sa fille guérisse.

A la fin de notre entretien, on a remercié la mère et on a demandé si on peut faire un entretien avec sa fille. Elle a présenté son consentement pour faire cet entretien.

Quand Silya est entrée au bureau, elle marchait doucement et ces mains tremblaient, elle n'a pas parlé. On lui a dit : « bonjour », avec une voix basse elle nous a répondu « *Bonjour* ». En lui a demandé de s'asseoir. après on a expliqué comme quoi on est là pour trouver des solutions aux enfants qui souffrent des problèmes familiaux et aussi dans l'école. On a demandé de répondre seulement aux questions qu'on va lui poser, puis elle a accepté.

On lui a dit est ce que vous sentez qu'il ya un danger autour de vous ?

Elle dit : « *oui, j'ai peur quand ma mère me frappe, surtout quand elle prend une paire de chaussures ou quelque chose* »

On lui a demandé : pour quoi faites-vous pipi au lit ?

Elle dit « *je fais pipi au lit juste quand ma mère refuse de voir mon père*.»

Quand Silya raconte, sa tête est basse et après on lui a dit : parlez- nous un peu sur votre école ?comment passez-vous vos journées là bas ?

Elle dit : *« je pars à l'école avec mon frère, mais dés fois, il me frappe sur le chemin de l'école et me dit « rouh atrouhed iwahdem uo tuduwara yedi » et je n'aime pas aller à l'école parce que mon enseignant lève la voi sur nous et quand il pose une question, je me cache derrière Amina»* (elle rit), et on lui a dit Quand vous sortez à la récréation vous faites quoi ?

Elle dit : *« rien, je reste toute seule et je ne joue avec personne, parce que j'ai mal à la tête »*

A la fin Silya souhaite acheter une voiture pour partir à Alger pour ramener son père.

Analyse des entretiens :

Silya est née à terme d'une grossesse non désirée, elle souffre d'un trouble sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire. Elle n'a jamais eu de problème de santé elle a un développement normal.il n'ya pas d'antécédent héréditaire dans sa famille.

Silya ne souffre pas seulement de l'énurésie, mais aussi elle souffre de l'isolement social, elle n'aime pas jouer avec son frère, ni avec ses cousins. Elle aime beaucoup rester seule parce qu'elle n'a pas trouvé de bonnes conditions dans son entourage car ses parents sont divorcés et sa mère la frappe chaque fois quand elle fait pipi au lit et quand elle demande quelque chose, et même à l'école, elle a peur de son enseignant qui élevé la voix sur ses élèves.

Donc l'influence du milieu social et éducatif, sur les premiers apprentissages comme sur celui de la maîtrise sphinctérienne, est très important. Certains facteurs psychologiques ou socio-éducatifs jouent un rôle déclenchant une situation grave dans la vie sociale de l'enfant.

L'analyse des données de l'échelle d'anxiété phobique :

Silya a répondu à toutes les questions, mais pendant la passation de l'échelle on a entendu à peine sa voix par ce qu'elle avait peur, elle tremblait.

D'après l'échelle d'ECAP, on trouve que Silya a des difficultés sur le facteur de l'image de soi et les compétences réussite personnelle parce que sa note dans ce facteur est de 77 points et la note moyenne est de 48 points c'est -à -dire que Silya a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement elle a peur de décevoir car elle a mis la plupart des croix dans les cases « souvent ».

Pour le deuxième facteur elle a obtenu 24 points et la moyenne est de 20 points, c'est- à -dire qu'elle trouve un peu de difficultés pour l'adaptation au cadre scolaire.

Pour la note du troisième facteur elle a obtenu 57 points et la moyenne est de 29 points, donc dans ce facteur Silya vit des dangers potentiels menaçants a elle-même ou les figures d'attachement.

La note d'évitement c'est 45points et la moyenne c'est 32points donc elle souffre d'un évitement phobique

D'après les résultats de l'échelle d'anxiété phobique on a constaté que Silya souffre d'une phobie sociale, parce que le total des points est de 203points.

Le cas N°8 Walid**La présentation de cas :**

Walid est un garçon âgé de huit ans, c'est le fils unique. Il est scolarisé en deuxième année primaire. ses résultats scolaire ne sont pas satisfaisants car la moyenne générale du premier trimestre est de quatre sur dix. Sa mère travaille à

l'hôpital comme une femme de ménage, son père est décédé à cause d'une maladie chronique quand walid avait trois ans.

Présentation des entretiens :

On a rencontré Walid et sa mère, à la salle d'attente de l'UDS, après une petite discussion avec la maman. elle nous a avoué que walid urine chaque nuit dans son lit , et qu'il est toujours collé à elle, il ne peut pas partir à l'école sans être accompagné par elle ou quelqu'un d'autre de sa famille, et quand il ne trouve pas quelqu'un pour l'accompagner, il s'absente de l'école, après on a expliqué à la maman que notre thème de recherche concerne le cas de son fils, puis on a demandé un consentement pour faire un entretien avec elle et son enfant. La maman a accepté de faire l'entretien facilement.

Parlez- nous un peu de votre grossesse ? Elle nous a dit « *quand j'étais enceinte j'étais vraiment contente, car j'avais toujours eu envie d'avoir un petit garçon* »

Quand votre enfant a t'il commencé de faire pipi au lit ? Et à quel moment ?

Elle nous a dit : « *mon fils fait pipi au lit chaque nuit depuis sa naissance, c'est pour ça qu'on a consulté un pédiatre qui nous a confirmé qu'il n'y a aucun problème organique, ce dernier nous a orienté chez un psychologue* ». La maman ne cesse pas de dire que son fils a un sommeil lourd, c'est pour cela qu'il fait pipi au lit. Comme elle nous a dit qu'aucun de ses proches n'a ce trouble.

Après on lui a demandé de nous parler du comportement de l'enfant à la maison.

Elle nous a dit : « *Walid est un enfant orphelin de père, c'est mon fils unique, c'est pour cela que je fais tout ce qu'il veut, mais il se comporte comme un fou, par exemple : il déchire ses cahiers, casse des objets. Par contre en dehors de*

la maison il reste toujours calme et tranquille et il s'attache à moi, Il n'aime pas parler avec les autres, car il est timide. Ce qui me dérange, c'est quand il refuse de participer aux activités sportives en dehors de l'école.

La seule chose que je ne tolère pas c'est quand il mouille son lit, je lui fais des leçons de morale et je le compare avec d'autres enfants de son âge qui ne font pas pipi au lit et dés fois, je le frappe »

Quand Walid est entré au bureau il dit : « *dacu ad itxedmment 3ni* » « *que voulez vous me faire* » ? Et à ce moment, on lui a demandé de s'asseoir et on lui a expliqué comme quoi on peut l'aider à trouver des solutions aux problèmes familiales et scolaires, on lui a demandé de répondre aux questions qu'on va lui poser et, il dit : « *arouh* », « *d'accord* »

Est-ce qu'il ya quelqu'un ou quelque chose qui vous font peur ? ou a ce que vous sentez un danger autour de vous ?

Il nous a dit : « *j'ai peur des adultes car ils sont capables de me frapper parce qu'ils sont grands par rapport à moi* » et on a dit : « *quand vous avez peur comment comportez vous ?* » Il dit « *je m'enfuis a la maison directement, c'est pour cela que je n'aime pas rester dehors* ».

On lui a demandé implicitement pourquoi faites-vous pipi au lit ? Car votre maman nous a parlé de votre problème, il dit : « *oui, c'est vrai je fais pipi au lit, car j'ai peur la nuit à cause des cauchemars.* »

On lui a dit parle nous un peu de votre école ? Comment passez vous vos journées ? Il nous a répondu : « *chaque jour ma grand-mère et parfois mon grand père m'accompagne à l'école et quand je sors, je les trouve devant l'école. Je déteste l'école parce qu'à la maison, je m'amuse avec les jeux vidéos par contre a l'école on fait tout le temps des exercices et des travaux pénible et aussi*

j'ai peur que mon enseignante découvre que je fais pipi au lit, j'ai peur qu'elle me tue car elle parle toujours sur la propreté ».

Analyse des entretiens :

Walid est né à terme d'une grossesse désirée, il souffre d'un trouble sphinctérien qui est l'énurésie nocturne primaire. Il n'a jamais eu de problème de santé, il a un développement normal. Il n'y a pas d'antécédent héréditaire dans sa famille.

Walid ne souffre pas seulement d'une énurésie mais aussi il souffre d'une peur intense vers les adultes, car il est toujours collé à sa mère et n'aime pas parler avec les adultes, il s'isole toujours dans sa maison, il ne joue pas avec les enfants de son âge et quand il part à l'école l'un de ses grands parents l'accompagne toujours.

La capacité d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement est reconnue comme un facteur décisif dans le développement normal, puisque l'échec de former un tel lien dans la petite enfance est associé à des troubles permanents, et en dépit des comportements, difficilement réversibles de la socialisation. En effet, l'enfant qui n'a pas profité dans les premières années de vie d'une présence maternelle apte à favoriser l'apparition du lien d'attachement (soit en raison de ruptures répétées ou encore de l'incapacité de la figure maternelle à être sensible à ses besoins) risque de se détourner peu de la relation pour devenir complètement détaché. En ce qui concerne Walid il a peur d'établir des relations sociales en dehors de la maison parce que pour lui la sécurité ne se trouve qu'à la maison et tout ce qu'il y a à l'extérieur est dangereux.

Présentation des données de l'échelle d'anxiété phobique :

A la fin de notre entretien, on a demandé à Walid un consentement pour répondre aux questions de l'échelle et il a accepté facilement.

Walid a répondu à toutes les questions, mais il a trouvé des difficultés dans la question N°24 et on a expliqué par la langue kabyle.

D'après l'échelle d'ECAP, on trouve que Walid a des difficultés dans le facteur de l'image de soi et les compétences réussites personnelles, parce que sa note dans ce facteur est de 66 points et la note moyenne c'est 48 points. C'est-à-dire que Walid a peur de ne pas pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement.

Pour le deuxième facteur, il a obtenu 37 points et la moyenne c'est 20 points. C'est-à-dire il trouve beaucoup de difficultés pour l'adaptation au cadre scolaire.

La note du troisième facteur est de 51 points et la moyenne c'est 29 points, donc dans ce facteur Walid vit les dangers potentiels menaçants lui et/ou les figures d'attachement.

La note d'évitement est de 34 points et la moyenne c'est 32 points, donc Walid souffre d'un évitement phobique.

D'après les résultats de l'échelle d'anxiété phobique, on constate que Walid souffre d'une phobie sociale car, le total des points est 188 points.

3/discussion des hypothèses :

1- La première hypothèse stipule que les enfants ayant une énurésie, présentent une image de soi faible. Ce qui veut dire que les enfants en peur de ne pas pouvoir réussir, et ont la crainte que leurs images sociale soit l'objet de critiques, et aussi ils redoutent de ne pas avoir les compétences et les capacités suffisantes pour avoir une réussite scolaire.

D'après l'analyse des résultats du guide d'entretien et de l'échelle ECAP on constate que tous les cas présentent une estime de soi faible, surtout le cas de Sarah Nasrine et Silya.

D'après les résultats de l'échelle "ECAP" on remarque que Sarah à un total de 78 points, où elle a cochés sur les items (3, 4, 6, 7,8...etc.) par « souvent ». Ce qui veut dire qu'elle a peur de redoubler et elle a peur aussi que son enseignant l'humilie devant ses camarades, et aussi qu'elle soit l'objet de critique du fait qu'elle fait pipi au lit, elle a peur de décevoir . Et cette baisse d'estime de soi lui vient du fait que sa grande sœur la frappe et la compare a d'autre enfant de sont âge qui ne font pas pipi au lit. Et cette baisse d'estime de soi va crée en elle un complexe et de la honte.

Et aussi on trouve Silya qui a un total de 77points la fille a peur que ses camarades se moque d'elle, et elle a peur aussi que son enseignant lui dit qu'elle ne fait pas bien les chose, et cette baisse d'estime de soit lui viens du fais qu'elle fait pipi au lit .

selon c'est résultats en confirme notre hypothèse et de ça on répard a la question de départ.

2- La deuxième hypothèse dit que les enfants ayant une énurésie présentant une inadapation avec les groupes des paires. Ce qui veut dire qu'ils ont du mal à s'intégré ou à avoir des amis.

D'après l'analyse des entretiens et de l'échelle "ECAP" on constate que six cas sur huit ont un problème dans leurs relations avec leurs pairs.

Comme le cas de Tinhinane qui a coché dans l'échelle sur les items (2, 18, 35,52) par « souvent ». Elle a peur de parler avec les enfants de son âge et à du mal à s'intégrer parce que tous le mande se moque d'elle du fait qu'elle fait pipi au lit. Donc elle vit dans l'isolement social à cause de son énurésie, et cet isolement lui vient du fait que sa belle mère la maltraite et l'humilie chaque fois qu'elle fait pipi au lit. Et comme nous l'avons cite dans partie théorique que l'isolement sociale peut avoir des répercussions néfastes sur la vie de l'enfant à l'âge de l'adolescence comme l'échec scolaire et par fois même sa peut aller jusqu'à au suicide.

Dans le cas de Walide on trouve aussi qu'il a du mal à s'intégrer parce qu'il est attaché à sa mère et ne peut se séparer d'elle. Mais les cas de Rayane et Ramis s'intègrent normalement par ce qu'ils ont un bon soutien familial. Donc selon c'est résultats en confirme notre hypothèse et on répond a la question de départ.

3- la troisième hypothèse stipule que les enfants ayant une énurésie présentant une peur de dangers menaçants leurs intégrité ou celle des parents. Ce qui veut dire qu'ils on peur qu'un danger les menaçant eux ou leur famille, ils ont peurs aussi de se séparer de leurs parents.

D'après l'analyse des entretiens et de l'échelle "ECAP" En constate que tous les cas en peur du danger qui les menace eux où leur parents.

Comme le cas de Tinhinan qui a peur de ne plus revoir sa mère. Et aussi le cas de Sara qui a coches dans l'échelle sur les items (16, 27, 28,29) elle a répondu par « souvent » elle a peur qu'elle se sépare de ses parents, où qu'il arrive qu'elle que chose de mal à sa mère ou qu'elle meure. D'après c'est résultats on confirmer notre hypothèse et de ça en répond a la question de départ.

2-synthèse des résultats

L'étude de notre recherche porte sur l'effet de l'énurésie sur la phobie sociale chez les enfants scolarisés âgés de **8 à 12** ans, et souffrant d'énurésie soit primaire ou secondaire, nocturne ou diurne.

Selon l'analyse du guide d'entretien effectué avec les parents et les enfants. On constate que tous les cas souffrent d'énurésie dans Halim, Ramis, Silya, Rayane, Walide, Sarah, Nasrine et Tinhinan.

Les cas de Halim, Ramis, Silya et Walid souffrant d'énurésie primaire, ils n'ont jamais dépassé le stade anal.

ensuite les cas de Nasrine, Tinhinan et Sara elles souffrent d'énurésie nocturne secondaire. Et enfin pour le cas de Rayan il souffre d'énurésie secondaire mixte (nocturne et diurne).

D'après notre recherche on a constaté, que les facteurs déclencheurs de l'énurésie sont le plus souvent la négligence parentale, ou les parents ne passent pas le temps de s'occuper de leurs enfants cette inattention s'explique par le rejet de façon manifeste ou inconsciente, mais dans les deux cas ces attitudes auront un impact négatif sur le développement de l'enfant et souvent sur l'énurésie en tant que symptôme de ce rejet.

On a trouvé aussi des cas, où leur mère était surprotectrice, et de ce fait par leurs attitudes inappropriées dans leur éducation à la propreté peut renforcer le symptôme énurétique chez leur enfant.

L'énurésie peut être aussi une représentation d'un désir de transgression où l'enfant ne veut pas grandir, dans la miction pouvant être assimilée à un plaisir sexuel ou être une régression en réponse à la naissance d'un petit frère, ou d'une petite sœur.

On a constaté aussi que l'énurésie a des répercussions sur la vie de l'enfant, et surtout dans sa vie sociale.

Où on a remarque de nombreux enfants qui ont une baisse d'estime de soi, ils ont peur, ils s'isolent de leurs camarades et aussi ils présentent une figure d'attachement ou ils ont peur de se séparer de leur parents a cause de leur énurésie se qui à crée on eux une phobie sociale.

A travers les résultats obtenus dans notre recherche sur les huit cas d'enfants scolarisés qui souffrant d'énurésie, l'hypothèse principale qu'est « Les enfants ayant une énurésie peuvent avoir une phobie sociale » on trouve six cas sur huit qui souffre de phobie social dans « Walide, Silya ,Tinhinan ,Nasrine , Halim et Sara » mais « Rayan et Ramis » ne souffre pas de phobie sociale ,et de se fait on constats que notre hypothèse et confirmée. Et d'apprêt c'est résultats on répand a notre question de départ qui est les enfants scolarisé qui souffrant d'énurésie présente une phobie sociale.

Conclusion

Pour conclure ce travail de recherche, on peut dire que malgré les obstacles que nous avons rencontrés pendant notre recherche. Ce travail nous a permis de découvrir et d'approfondir nos connaissances. D'abord sur le plan théorique où nous avons appris si quoi l'énurésie qu'elle son c'est cause et l'attitude des parents vis-à-vis des enfants énurétiques.

Et dans le cadre de l'étude pratique, que nous avons effectués au sein de l'UDS d' AKBOU, nous avons essayé de prouver les éventuels effets existant entre l'énurésie et la phobie sociale chez les enfants scolarisés âgés de 8 à 12 ans.

Notre recherche accompli, à confirmer les trois hypothèses partielles à savoir que les enfants ayant une énurésie présentant une image de soi faible, une inadaptation avec les groupes des pairs, et une peur de danger menaçant l'intégrité familiale.

En effet les résultats obtenus nous dévoilent une relation adéquate entre l'énurésie et la phobie sociale chez les enfants scolarisés.

Comme on a constaté d'après notre modeste recherche effectuée, que l'énurésie se rencontre partout, et touche toutes les classes sociales depuis la période de l'enfance c'est-à-dire à la période de développement physique et psychologique, et ce développement s'effectue en grande partie à l'école.

Les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain d'étude sont :

Pour les parents d'enfants énurétiques ; Il est utile pour les parents d'enfants de ne pas humilier leurs enfants ou de les comparer à d'autres enfants de leur âge qui ne font pas pipi au lit, évite toute forme de maltraitance que se soit physique ou morale ses attitudes ne peuvent que renforcer le symptôme d'énurésie, et de se

rapprocher des services psychologique pour que leurs enfants bénéficier d'une prise en charge.

Pour les autorités concernées ; Aux autorités de renforcer les sorties de sensibilité dans les zone rurales où il y-a un manque de conscience chez les parents, et de s'assurer que chaque établissement est son propre psychologue pour qu'ils soient à la porté des élèves à tous moment.

Pour les chercheurs ; Aux chercheurs de multiplier leurs efforts sur le coté psychologique et sociale des enfants énurétique surtout à l'école.

Nous espérons à travers ce modeste travail, contribuer à faire la lumière sur le thème phobie sociale et énurésie chez l'enfant scolarisés et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique.

Liste Bibliographique

1/Livre

- 1-Ajuriaguerra. D et all. (1984), Psychopathologie de l'enfant, éd Masson, Paris.
- 2-Angers. M, (1996), Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, éd Casbah, Alger.
- 3-Askevis. F et all, (2006), la psychologie, deuxième édition, paris.
- 4-Avérous M., et all(1997). Bilan de vingt ans de réflexion sur l'énurésie de l'enfant, Progrès en Urologie.
- 5-Chahraoui K et al, (2003), méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique, éd Dunod, paris.
- 6-Cedje , Rsc-dje, (2012), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, éd Dunod ,Paris.
- 7-Cottraux .J, (2001), Les thérapies comportementales et cognitives, 3ème éd Masson, Paris.
- 8-Duché D. J, (1987), L'énurésie, éd P.U.F. Paris.
- 9-Dumas .J, (2005), l'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner le courage, 1^{er} éd de Boeck université Bruxelles.
- 10-Fenneteau . H, (2007), entretien et questionnaire, éd Dunod, Paris.
- 11-Ferrari. P et al, (1993), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, éd Flammarion, paris.

12-Guelfi J.D et al (2003), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, éd Masson, Paris.

13-Grawitz, M, (2000), lexique des sciences sociales, éd dalloz.

14-Ladouceur. R, et all, (1999), Les trouble anxieux approche cognitive et comportemental, éd Masson, paris.

15-Légeron.P et all, (2000), La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale, éd Odile Jacob, Paris.

16-Michel.B et all,(1984),Psychologie de développement, éd P.U.F, Paris.

17-Minder .M,(1980), La physiologie de l'éducation, éd P.U.F, Paris.

18-Osterrieth. P, (2004), Introduction à la psychologie de l'enfant, 17^e éd de Boeck, université Bruxelles.

19-Prouff J. et Col, (1995), Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 1, éd heures de France, paris.

20-Servant, D et all. (1997), Les phobies sociales, éd Masson, Paris.

21-Véra. L,(1996),échelle comportemental d'anxiété phobique ECAP :construction , validation et intérêt clinique Enfant et Adolescent, Expansion scientifique Française.

2/REVUE

1-Averous. M et all,(2009), Guide AAPI : Enurésie conseils aux parents, in Association aide aux personnes incontinent.

2-Bonin. A.B,(2008), les hauts et les bas de l'énurésie nocturne in le médecin du Québec, in Québec novembre, volume 43,n°11.

3-Dentz .J, l'énurésie bilans et rééducation, in cadre de sante kinésithérapeute clinique de l'Estrées, paris saints.

4-Dollander, M, (2003), laissons leurs le temps d'être propres en métiers de la petite enfance, n° 88.

5-Mania .A,(2009), Attitude parentales vis-à-vis de l'enfant énurétique en milieu algérien, in Annaba, Université Badji Mokhtar .

6-Mania. A, (2009), L'énurésie et ses thérapies, in El Tawassol, n° 14.

7-Mavors. C. A et all (1985). L'énurésie, son histoire, son folklore, in Suisse Romande.

8-Sahraoui .I, (2012), l'enfant énurétique, in Université Mouloud Mammeri Tizi – Ouzou, n°08.

9- Soûle M., (1973), L'enfant qui mouille son lit, in Conférence non publiée, Paris.

3/dictionnaire :

1-Angel. S, (2005), Petit Larousse de la psychologie, Paris.

2-Bloch. H et all, (1999), Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse Bordas, Paris.

3-Gerrig. R et all, (2008), Psychologie, 18^e éd, Pearson Education France.

4/Thèse :

1-El koukouchi. A (2014), intérêts et connaissances des médecins généralistes et pédiatres d'Ille de France sur la prise en charge de l'énurésie, Faculté de médecine, Université Paris Diderot- Paris7.

2-Martin .K(2005), phobie sociale et comportements d'alcoolisation : conduite à tenir en médecine générale a partir d'une étude de cas, Faculté de médecine, Université d'Angers.

3-Ursule C.M,(2010), Le rôle de la perspective interpersonnelle dans la compréhension du trouble de l'anxiété sociale chez l'enfant et dans la conception de l'intervention psychologique ,Université de Québec.

4-Tricaud. L,(2013), représentation Parentales de l'énurésie nocturne et de ses prise en charge ,Faculté de médecine, Université d'Angers.

Annexe A

Guide d'entretien : avec les parents

Renseignements personnelles

-Age :

-Situation professionnelle :

-Nombre d'enfants :

Axe I : les informations sur le développement de l'enfant

-votre enfant est-il né d'une grossesse désirée ?

-A quel âge avait-il acquis la propreté sphinctérienne ?

Axe II : les informations sur l'énurésie de l'enfant

-Pouvez-vous préciser l'âge de la survenue de l'énurésie chez votre enfant ?

-A-t-on déjà diagnostiqué une infection urinaire chez votre enfant ? Si oui qu'elle était le traitement ?

-Est-ce que il y'a des antécédents familiaux d'énurésie (mère, père, autre...) ?

-Combien de fois votre enfant mouille-t-il son lit ?

-A votre avis cela est dû à quoi ?

Axe II : le comportement de l'enfant et la relation familiale

-Qu'elle était votre réaction la première fois que votre enfant a fait pipi au lit ?

-Est-ce que votre enfant se fait humilier par ce que, il mouille son lit ?

-Pouvez-vous nous dire comment votre enfant se comporte-t-il à la maison ?

-Qu'elle est la relation de votre enfant avec ces frères ?

-A-t-il un sentiment de honte envers son énurésie ?

- avez- vous l'habitude de comparé votre enfant a d'autre enfant qui ne font pas pi pis au lit ?

-Est ce que le fait que votre enfant fait pi pis au lit l'empêche de participe à certaine activité culturel et social ?

Annexe B

Guide d'entretien : avec l'enfant

Les caractéristiques personnelles

-Age :

-Sexe :

-Situation dans la fratrie :

-Niveau scolaire :

AXE I : la réaction de l'enfant

-Est ce que vous avez peur ? Si oui de quoi avez vous peur ? Et pour quoi ?

-Est ce que vous sentez qu'il ya un danger autour de vous ?

-Comment vous réagissez face au danger ?

AXE II : l'énurésie de l'enfant

-Depuis quand vous êtes énurétique ?

-Pour quoi vous être énurétique ?

-Est ce que vous parents sont sévère avec toi a cause de votre énurésie ?
Comment ?

-Est ce que vous camarade et vous enseignante son au courant que vous être énurétique ? Si oui, quel est leurs réactions ?

AXEIII : la relation de l'enfant dan l'école

- Est ce que vous aime a allez a l'école ? Si non pour quoi ?
- Est ce que vous participé en classe ?
- Est ce que vous parents vous compagnie à l'école ?
- Avez-vous des amis à l'école ?
- Est ce que vous prenez votre déjeuner à la cantine ?
- Est ce que vous pratique des activités sportive et culturel à l'école ?
- Pouvez – vous, nos parlars de vos activités en dehors de l'école ?

AXEIV : regard sur l'avenir

- Que souhaitez –vous faire dans la venir ?
- Quels sont vous projets ?

Annexe C

L'échelle "ECAP"

NOM :

PRENOM :

F1 :.....

DATE DE NAISSANCE :

F2 :... F3 :.....

Instructions : voici un certain nombre de chose ou de situation qui peuvent provoquer des sensations désagréables (peur, inquiétude). Lisez attentivement chaque phase et indiquez si elle s'applique à vous presque jamais, quelquefois, ou souvent en mettant une croix (x) dans la case de votre choix. Si vous évitez à cause de la peur, mettez également une croix(x) dans la case de votre choix

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVENT
1. j'ai peur de parler avec les autres			
. j'évite de parler avec les autres			
2. j'ai peur de parler avec les enfants de mon âge			
. j'évite de parler avec les enfants de mon âge			
3. j'ai peur que les élèves se moquent de moi			
4. j'ai peur de redoubler			
5. j'ai peur d'aller à l'école			
. j'évite d'aller à l'école			
6. j'ai peur que les professeurs se moquent de moi			
7. J'ai peur de tromper			
8. j'ai peur de ne pas savoir répondre si on m'interroge en classe			
9. j'ai peur de lever la main en classe pour être interrogé(e)			
. j'ai évité de lever la main en classe pour être interrogé			
10. j'ai peur de ne pas passer mon bac			
11. j'ai peur le soir de m'endormir en sachant que je me réveillerai pour aller à l'école			
12. j'ai peur de paniquer à un devoir			
13. j'ai peur quand le professeur hausse la voix			
14. j'ai peur de ce que les autres enfants pensent de moi			
15. j'ai peur de ce que les professeurs peuvent dire sur moi			

16. j'ai peur d'être loi de mes parents (colonie de vacances classe de neige etc.)			
j'évite d'être loi de mes parents (colonie de vacances classe de neige etc.)			
17. j'ai peur de rester seul(e) à la maison			
. j''évite de rester seul(e) à la maison			

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVANT
18. j'ai peur de rependre à une question en classe			
. j''évite de rependre à une question en classe			
19. j'ai peur de rater une interrogation			
20. j'ai peur de mange a la cantine de l'école			
. j''évite de mange a la cantine de l'école			
21. j'ai peur de prendre le métro			
. j'évite de prendre le métro			
22. j'ai peur d'être critique par les autres			
23. j'ai peur de me disputer avec un ami			
24. j'ai peur de parler de moi			
. j'évite de parler de moi			
25. j'ai peur de certaines matières scolaires			
26. j'ai peur d'avoir l'air bête			
27. j'ai peur de mourir			
28. j'ai peur d'être quelque part sans mes parentes			
j'évite d'être quelque part sans mes parentes			
29. j'ai peur d'aller dormir chez des amis			
. j'évite d'aller dormir chez des amis			
30. j'ai peur des piqûres (d'un docteur)			
31. j'ai peur de parler dans un groupe			
. j'évite de parler dans un groupe			
.32 j'ai peur de rougir			
.33 j'ai peur d'être ridicule			
.34 j'ai peur de refuser ou de dire non			
35. j'ai peur de demander quelque chose aux autres			
. j'évite de demander quelque chose aux autres			
36. j'ai peur quand on m'observe travailler			
37. j'ai peur d'aller dans les magasins			
. j'évite d'aller dans les magasins			
38. j'ai peur quand on me fait un compliment			
39. j'ai peur que les autres remarquent ma gêne			
40. j'ai peur de rencontrer un camarade dans la			

rue			
41. j'ai peur de la récréation à l'école			
42. j'ai peur de jouer avec les autres			
. j'évite de jouer avec les autres			
43. j'ai peur de prendre l'ascenseur			
.j'ai peur de prendre l'ascenseur			
44. j'ai peur de certains camarades			

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVANT
45. j'ai peur qu'on me demande de lire en classe			
46. j'ai peur d'aller au tableau			
J'évite d'aller au tableau			
47. j'ai peur de parler au téléphone			
J'évite de parler au téléphone			
48. j'ai peur de tomber malade			
49. j'ai peur de me blesser			
50. j'ai peur du noir			
51. j'ai peur de ce que mes parents vont me dire			
52. j'ai peur de faire du sport avec les autres			
J'évite de faire du sport avec les autres			
53. j'ai peur d'aller aux toilettes en dehors de chez moi			
j'ai peur de d'aller aux toilettes en dehors de chez moi			
54. j'ai peur de ne pas pouvoir apprendre une leçon			
55. j'ai peur de ce qui pourrait arriver à mes parents			
56. j'ai peur que personne ne s'intéresse à moi			
57. j'ai peur de ne pas avoir d'amis			
58. j'ai peur d'avoir un accident			
59. j'ai peur de ce que je deviendrai dans quelques années			
60. j'ai peur des dentistes			
61. j'ai peur du tonnerre			
62. j'ai peur des chiens			
63. j'ai peur qu'on me dit que je ne fais pas bien les choses			
64. je m'inquiète de la meilleure chose à faire			
65. j'ai peur d'entrer dans une pièce ou d'autres personnes sont déjà assises			
66. j'ai du mal à me décider			
67. je me fais beaucoup de souci			
68. j'ai peur de ne pas plaire aux autres			
69. j'ai peur des serpents			

70. j'ai peur de devenir fou			
71. j'ai peur des fantômes			
72. j'ai peur des couteaux ou des armes			
73. j'ai peur des morts			
74. j'ai peur d'aller dans un hôpital			
75. j'ai peur de me perdre dans un endroit inconnu			
76. j'ai peur d'avaler			

Annexe D

Echelle d'anxiété phobique ECAP

Nom : F1:.....

Prénom : F 2 :.....

Age : F3 :.....

دائما	أحيانا	نادرا	
			01 أخاف أن أتكلم مع الراشدين
			. أتجنب الكلام مع الراشدين
			02 أخاف أن أتكلم مع الأطفال الذي في سني
			. أتجنب الكلام مع الأطفال الذين هم بسني
			03 أخاف أن يستهزئ بي التلاميذ
			04 أخاف أن أعيد السنة
			05 أخاف أن أذهب إلى المدرسة
			. أتجنب الذهاب إلى المدرسة
			06 أخاف أن يستهزئ بي المعلمون
			07 أخاف أن أخطئ
			08 أخاف أن لا أجيب عندما أسأل في القسم
			09 أخاف أن ارفع يدي في القسم لكي أجيب
			10 أخاف أن لا أجتاز البكالوريا
			11 أخاف في الليل عندما أنام و أعلم أنني سأستيقظ لكي أذهب إلى المدرسة
			12 أخاف أن أشعر بالذعر أثناء الفرض
			13 أخاف عندما يرفع المعلم صوته
			14 أخاف بماذا يفكر الأطفال عني
			15 أخاف ماذا يفكر الأطفال عني
			16 أخاف أن أبتعد عن والدي
			. أتجنب الابتعاد عن والدي
			17 أنا أخاف أن أبقى وحدي في المنزل
			. أتجنب البقاء وحدي في المنزل

دائما	أحيانا	نادرا	
			18 أخاف أن أجيب عن سؤال في القسم . أتجنب الإجابة عن السؤال في القسم
			19 أخاف أن أخفق في الاستجواب
			20 أخاف أن أكل في مطعم المدرسة . أتجنب الأكل في مطعم المدرسة
			21 أخاف أن أستقل المترو . أتجنب استقالة المترو
			22 أخاف أن ألام من طرف الآخرين
			23 أخاف أن أتشاجر مع صديق
			24 أخاف أن أتحدث عن نفسي . أتجنب الحديث عن نفسي
			25 أخاف من بعض المواد الدراسية
			26 أخاف أن أظهر كأحمق
			27 أخاف أن أموت
			28 أخاف أن أذهب إلى مكان دون والدي
			29 أخاف أن أنام عند أصدقائي . أتجنب النوم عند أصدقائي
			30 أخاف من حقن الأطباء
			31 أخاف أن أتكلم داخل مجموعة . أتجنب الكلام داخل مجموعة
			32 أخاف أن أحمر
			33 أخاف أن أصبح مثيرا لسخرية
			34 أخاف أن أرفض أو أقول لا
			35 أخاف أن أطلب الأشياء من الآخرين . أتجنب أن أطلب الأشياء من الآخرين
			36 أخاف أن يراقبني أحد و أنا اعمل
			37 أخاف أن اذهب إلى المتاجر . أتجنب الذهاب إلى المحلات
			38 أخاف عندما يمدحني أحد
			39 أخاف أن يلاحظ أحد ارتباكي
			40 أخاف أن ألتقي رفيقي في الطريق
			41 أخاف ساحة المدرسة
			42 أخاف أن أعب مع الآخرين . أتجنب اللعب مع الآخرين
			43 أخاف أن أصعد في مصعد كهربائي . أتجنب الصعود في المصعد الكهربائي
			44 أخاف من بعض الزملاء

دائما	أحيانا	نادرا	
			45 أخاف أن يطلب مني القراءة في القسم
			46 أخاف من الذهاب إلى الصبورة
			. أتجنب الذهاب إلى الصبورة
			47 أخاف أن أتكلم الهاتف
			. أتجنب التكلم في الهاتف
			48 أخاف أن امرض
			49 أخاف أن أتضرر
			50 أخاف من الظلام
			51 أخاف عما يقولوا والذي
			52 أخاف أن أمارس الرياضة مع الآخرين
			. أتجنب ممارسة الرياضة مع الآخرين
			53 أخاف أن أذهب إلى المرحاض عندما أكون خارج المنزل
			أتجنب أن أذهب إلى المرحاض عندما أكون خارج المنزل
			54 أخاف ألا أحفظ الدرس
			55 أخاف أن يحصل شيء لوالذي
			56 أخاف أن لا يهتم أحد بي
			57 أخاف أن لا أحصل على أصدقاء
			58 أخاف يحصل في حادث
			59 أخاف كيف أن أصبح في سنوات المقبلة
			60 أخاف من طبيب الأسنان
			61 أخاف من الرعد
			62 أخاف من الكلاب
			63 أخاف أن يقال لم تتجز الأعمال كما يجب
			64 أقلق لأفعل أفضل الأشياء
			65 أخاف دخول مكان و لم يجلس فيه أحد سابقا
			66 أجد سوء التقرير
			67 أقلق كثيرا
			68 أخاف ألا يعجب بي أحد
			69 أخاف من الثعابين
			70 أخاف من أصبح مجنون
			71 أخاف من الأشباح
			72 أخاف من السكين و الأسلحة
			73 أخاف من الموتى
			74 أخاف الذهاب إلى المستشفى
			75 أخاف التواجد في مكان غامض
			76 أخاف البلع