



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane mira de Bejaia*

*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*

*Département de Psychologie et d'Orthophonie*

## **Mémoire de fin de cycle**

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN PSYCHOLOGIE  
Option : Psychologie clinique

**Thème**

# **L'ESTIME DE SOI CHEZ LES ENFANTS ENURETIQUES**

*Etude de sept cas de 7 à 11 ans au sein de L'E.P.S.P et L'UDS EL-kseur*

**Préparé par :**

TOUATI Dyhia

OUAZENE Roza

**Encadré par :**

Dr ABDI Samira

**2021-2022**

# Remerciement

*Avant tout nous remercions notre bon Dieu le tout puissant pour le courage la force et la volonté qui nous a accordé pour accomplir ce travail.*

*Nous remercions bien sincèrement notre promotrice **M<sup>me</sup> ABDI Samira** pour nous avoir suivis dans l'élaboration de ce travail et pour toute la confiance qu'elle a su nous témoigner durant cette étude .*

*Nous tenons aussi à exprimer nos plus grands respects et nos vifs remerciements aux membres du jury qui ont bien voulu examiner ce travail.*

*Nous remercions vivement Mesdames **HADIDI, AIT YAHIA et ALOUI** ainsi que l'ensemble des employés de service santé mentale **E.P.S.P EL-kœur** et **L'UDS EL-kœur** pour leur accueil sympathique et leur coopération professionnelle tout au long de notre stage.*

*Que nos remerciements les plus chaleureux et les plus profonds s'adressent à nos familles pour leurs soutiens, leurs encouragements et leurs patiences.*

*Enfin, nous remercions tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin à réaliser ce travail.*

*Dyhia & Roza*

# *Dédicace*

*Je dédier ce modeste travail :*

*A mes très chère parents pour leur amour, leur soutiens, leur sacrifices, et leur encouragements, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu les protèges et gardes en bonne santé.*

*Ames chères frères : Nassim et Mourad ainsi que leurs femmes Sonia et Noria*

*A mes chers neveux Annir, Ayelimas, Zakaria, Iyad.*

*A mes adorables sœurs*

*Chafia, Malha et ses enfants Fatima, Zine al Abidine, Chakib, et mon mignon Ziyad .*

*A mon fiancé Joe que dieu le garde en bonne santé inshallah.*

*A mon binôme Dyhia et à toute sa famille.*

*Roza*

# *Dédicace*

*A la Mémoire de mes grands-pères*

*A vous les plus chers à mon cœur, vous qui m'aviez entouré de nobles sentiments maman & papa*

*A mes chers grands-mères « Ouardia et Cherifa »*

*A mes chères Frères, Abdelghani, Lounis et sa femme Salima, pour leurs encouragements et leur soutien.*

*A mes tantes paternelles et maternelles ainsi que leurs familles*

*A mes oncles paternels et maternels ainsi que leurs familles*

*A mes cousines et cousins*

*A mon binôme Roza, qui a tant donné pour que nous achevions ce travail, pour les bons souvenirs vécus ensemble et à toute sa famille.*

*A tout les étudiants de ma promotion « Psychologie clinique »*

*A tous ceux qui m'ont aidé,*

*A tous ceux que j'aime,*

***Je dédie ce travail...***

*Dyhia*

## *Table de matières*

<b>Introduction</b> -----	01
<b>La liste des tableaux</b>	
<b>Parti théorique</b>	
<b>Problématique et formulation des hypothèses</b>	
1- problématique-----	04
2- Hypothèse de la recherche -----	08
3- Les raisons de choix de thème -----	08
4- Les objectifs de la recherche -----	08
5- Définitions des concepts clés -----	09
6- L'opérationnalisation des concepts clés-----	09
<b>Chapitre I : l'estime de soi</b>	
Préambule-----	13
1-Définition de concept de soi -----	13
1-1 Définition de l'estime de l'estime de soi -----	13
1-2 D'où vient l'estime de soi -----	14
1-3 Comment construit-elle l'estime de soi -----	14
2- Historique d'estime de soi-----	15
2-1 L'évolution de l'estime de soi-----	16
2-2 L'importance de l'estime de soi -----	17
3- Les composantes de l'estime de soi -----	18
3-1 Sentiment de confiance en soi-----	18
3-2 Sentiment d'appartenance à un groupe-----	18
3-3 Sentiment de compétence -----	19
4- Les facteurs influencent l'estime de soi-----	19
5- L'évolution de soi pendant l'enfance -----	20
5-1 Petite enfance (0-5ans-----	20
5-2 Moyennes enfances (5-7) -----	20
5-3 Enfance (8-12 -----	20
6- Tableau de comparaison entre les enfants qui on une bonne estime de soi et les enfants qui ont une faible estime de soi-----	21
7- L'utilité de l'estime de soi -----	21

8- Les répercussions d'une faible estime	22
9- Comment favorise une bonne estime de soi chez l'enfant	22
10- Les caractéristiques d'une personne qui s'estime	22
11- Les caractéristiques d'une personne qui ne s'estime pas	23
12- L'influence de l'estime de soi	
12-1 Sur les plans familiaux et éducatifs	23
12-2 Sur le plan scolaire	24
Conclusion	25

## **Chapitre II : le développement de l'enfant**

Préambule	27
1-Définition de l'enfant et l'enfance	27
2-Aperçu historique	27
3-Les domaines de développement	28
3-1 Domaine physique	28
3-2 Domaine cognitif	28
3-3 Domaine langagière	28
3-4 Domaine socio affectif	28
4- Les quatre besoins affectifs fondamentaux des enfants	29
4-1 La cofinance	29
4-2 Se sentir existé	31
4-3 Se sentie accepté	31
4-4 Se sentie apprécié	31
5- Chronologie du développement normal	32
6- Les étapes de développement	35
7- Les drapeaux rouges	36
8- Les caractéristiques de la période d'âge de 7à12ans	37
Conclusion	37

## **Chapitre III : l'énurésie**

Préambule	39
1-Quelques définitions de l'énurésie	39
2- L'historique de l'énurésie	39

3- Les critères diagnostiques d'énurésie selon le DSM5 -----	39
4- Les types de l'énurésie -----	40
4-1 L'énurésie primaire-----	40
4-2 L'énurésie secondaire-----	40
4-3 L'énurésie nocturne -----	41
4-4 L'énurésie diurne -----	41
5- L'étiologie de l'énurésie -----	41
5-1 Facteurs psychologiques-----	42
5-2 Facteurs génétiques-----	42
5-3 Facteurs somatiques (vésicaux)-----	43
5-3-1 L'immaturation vésicale -----	43
5-4 Facteurs sommeil -----	44
5-4-1 Les stades du sommeil lent -----	44
5-4-2 Le sommeil paradoxal -----	44
6- Autres facteurs-----	45
7- Les troubles associés -----	45
8- La prise en charge de l'énurésie -----	45
8-1 Traitement médicamenteux -----	46
8-2 Traitement psychothérapeutique -----	47
Conclusion -----	48

#### **Chapitre IV : Méthodologie de recherche**

Préambule -----	51
1- La pré enquête -----	51
2- Présentation des lieux de recherche -----	52
2-1 L'E.P.S.P D'EL-KSEUR -----	52
2-2 Missions-----	52
3- L'UDS (Unité de Dépistage et de suivi scolaire)-----	53
3-1 Possibilités-----	53
4- Les tableaux des représentations de l'échantillon d'étude -----	54
5- Méthode de recherche -----	54
6- Les techniques de la recherche -----	55
6-1 Entretien clinique -----	56
6-2 Entretien semi directif -----	56

7- Le guide de l'entretien-----	57
7-1 L'échelle d'estime de Soi de Cooper Smith -----	57
8- Déroulement de la recherche -----	61
8-1 Les limites de la recherche -----	61
9- Les difficultés rencontrées -----	62
Conclusion -----	62

## **Chapitre V : Présentations, analyses et discussions des résultats**

1-Présentations et analyses des entretiens -----	65
1- Présentation et analyse du premier cas-----	65
2- Présentation et analyse du deuxième cas-----	69
3- Présentation et analyse du troisième cas -----	73
4- Présentation et analyse du quatrième cas -----	76
5- Présentation et analyse du cinquième cas-----	79
6- Présentation et analyse du sixième cas -----	83
7- Présentation et analyse du septième cas-----	86
2- Discussion des hypothèses-----	90
Conclusion-----	97

La liste bibliographique

Annexe

## *Liste des tableaux*

<b>N°</b>	<b>La représentation</b>
<b>01</b>	<b>Chronologie du développement</b>
<b>02</b>	<b>Etapas de développement</b>
<b>03</b>	<b>Les drapeaux rouges</b>
<b>04</b>	<b>La comparaison entre les enfants qui ont une faible et une bonne estime de Soi</b>
<b>05</b>	<b>Représentation de l'échantillon étudié</b>
<b>06</b>	<b>La cotation de l'échelle de l'estime de Soi (Cooper Smith)</b>
<b>07</b>	<b>Représentation des Cas selon leurs avis concernant le trouble (L'énurésie)</b>
<b>08</b>	<b>Représentation des sujets selon l'adaptation et l'inadaptation intrafamiliale</b>
<b>09</b>	<b>Représentation des sujets selon leur relation extra-familiale (leur insertion dans le groupe sociale)</b>
<b>10</b>	<b>Résultats de l'échelle d'estime de Soi</b>
<b>11</b>	<b>Représentation des sujets en fonction du niveau d'estime de Soi</b>

# *Introduction*

L'enfance est sensée être une période pendant laquelle les enfants sont insouciantes et sans tracas, comme parent, vous désirez que vos enfants se sentent bien dans leur peau et qu'ils se croient capable d'accomplir tout ce qu'ils désirent. Mais le fait de mouiller son lit peut rendre son enfance moins que parfaite. Une étude indique que les enfants énurétiques considèrent ce problème comme une partie très importante de leur vie.

L'énurésie est la première étiologie des fuites urinaires de l'enfant. Elle est souvent mal vécu par l'enfant et source d'inquiétude pour les parents. C'est un symptôme refoulé qui entraîne de la part des parents, des attitudes souvent inadaptées et qu'exagèrent ses conséquences à punir, à humilier, à frapper l'enfant et ou même de l'accuser d'être sale et fainéant, et de ne pas retenir ses urines et aller aux toilettes.

Or les parents négligent le côté psychoaffectif de cet enfant qui peut être altéré ou touché par cette énurésie. Du fait que cette dernière est si souvent accompagnée de nombreux problèmes émotionnels et psychologiques, comme la présence d'une faible estime de soi qui peut être comme première conséquence négative, ainsi elle peut être une cause de cette énurésie (nocturne ou diurne).

A travers notre étude on va essayer de parler de cette pathologie et son influence sur l'estime de Soi de l'enfant.

Dans notre étude portée sur le thème : « l'estime de Soi chez les enfants énurétiques » plus précisément, âgé entre 7 à 11 ans, nous avons choisi comme terrain d'étude le service de prise en charge psychologique (enfants- adolescents et adultes) qui se situe au niveau de L'E.P.S.P d'EL-KSEUR, et le centre unité de suivi et dépistage scolaire au niveau de L'UDS d'EL-KSEUR, qui répondent aux objectifs de notre recherche.

L'approche cognitivo-comportementale avait servie de cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur sept cas énurétique, dont deux filles et cinq garçons.

En générale, Le manque des études sur ce thème nous a poussés à l'aborder, et cela pour contribuer à une recherche qui permettra d'apporter des éléments d'informations qui pouvant aider à mieux comprendre cette pathologie.

Néanmoins, l'estime de Soi chez les enfants énurétiques mérite d'être étudiée et compris, car c'est un thème à la fois intéressant, alors notre but de recherche est de préciser en quoi consiste le degré d'estime de soi chez l'enfant énurétique.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons adapté un plan de travail qui comporte les éléments suivant : un cadre générale de la problématique qui comporte une problématique et les hypothèses de recherche puis les raisons du choix de thème, après les objectives de recherche ensuite les définitions et l'opérationnalisation des concepts clés.

Une partie théorique divisée en trois chapitres : le premier chapitre intitulé « l'estime de soi », on a commencé par le préambule, on a donné quelques définitions du concept de soi et

comment construit-il après, on a abordé son importance et ses composent ensuite, les facteurs influencent l'estime de soi, on a évoqué un tableau de comparaison entre les enfants qui on une bonne estime de soi et les enfants qui on une faible estime de soi, puis l'utilité de cette dimension et comment favoriser une bonne estime de soi chez l'enfant enfin on termine notre chapitre par une conclusion.

Le deuxième chapitre intitulé « le développement de l'enfant », on a commencé par un préambule, et on a donné une définition de l'enfant, enfance après les domaines de développement et ses besoins affectifs fondamentaux, ensuite on a tenté de parler sur la chronologie de développement et ses types, enfin on termine par une conclusion de ce chapitre.

Le dernier chapitre qui est l'énurésie toujours on commence par le préambule et quelques définitions de l'énurésie, puis les critères diagnostiques selon le DSM5, après les types, ensuite on a évoqué son étiologie, on a même cité quelques troubles associés, on termine par la prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse et une petite conclusion.

Une partie méthodologique consacrée à la présentation des éléments suivants : la population d'étude, la méthode appliquée, les outils et les techniques d'investigation clinique utilisées pour confirmer nos hypothèses de recherche, puis les raisons de choix de thème, après les objectifs de la recherche, en dernier lieu les définitions et l'opérationnalisation des concepts clés.

Une partie pratique ou on a abordé les éléments suivants : les présentations et l'analyse des données obtenus lors de la passation du test, l'analyse des informations acquises lors des entretiens, et la discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées.

Enfin, on termine notre recherche par une conclusion générale, la liste bibliographique et la liste des annexes.

# *Problématique*

## **I- Problématique**

L'acquisition de la propreté consiste dans la possibilité pour l'enfant, au sortir de la petite enfance, de contrôler de manière régulière ses fonctions d'excrétion et de réaliser mictions et défécation dans des conditions socialement définies, impliquant une autonomie personnelle, dans ce domaine la propreté est acquise lorsqu'elle devient l'affaire de l'enfant et que son environnement n'a plus à l'assister dans cette tâche. Ce contrôle est intégré dans l'ensemble de son fonctionnement psychique, au prix d'un réaménagement de ses investissements pulsionnels antérieurs de ses mécanismes défensifs, et constitue un repère significatif et important pour l'évaluation du développement de l'enfant dans ses aspects psychomoteurs, affectifs, relationnels et sociaux. En dehors de toute organicité patente, L'acquisition de la propreté peut être incomplète, remise en cause par l'installation des syndromes fonctionnels ou les facteurs psychologiques sont prévalent : l'encoprésie et l'énurésie.(Grilliat A., et Bursztejn C., 2011, p 252).

La prévalence de l'énurésie nocturne est comprise entre 15et 25% à 5ans .bien son taux de résolution spontanée est de 15% par an, la maladie persiste jusqu'à l'âge de 15ans chez 0,5-1% de population atteinte.

L'énurésie est un trouble de contrôle de la miction, elle se caractérise par des mictions répétées, involontaire ou délibérées, survenant en dehors de toute affection médicale ou neurologique, après l'Age de 5ans. L'enfant « fait pipi au lit », on parle alors (d'énurésie nocturne) et/ou « pipi dans la culotte » (énurésie diurne) cela entraine des difficultés d'adaptation à l'école et à la maison.

L'énurésie peut être temporaire, lié à une période où l'enfant est angoissé (déménagement, absence de la mère, naissance d'un frère ou d'une sœur etc.) ou durable, s'inscrivant dans le quotidien du fonctionnement familiale.

Des consultations pédiatriques sont nécessaires, pour identifier les éventuels troubles somatiques à l'origine de ce comportement. Une orientation vers une prise en charge psychologique est alors fréquemment proposée à l'enfant.

Il convient également de distinguer dans l'énurésie les formes primaires et secondaires. On parle d'énurésie primaire lorsque l'enfant n'a jamais acquis la propreté, tandis que dans la forme secondaire la propreté a été atteinte en générale durant plus de six mois, puis perdue. (Mareau, C., etVanek Dreyfus A., 2004, p 78).

Des études ont été menées par de nombreux pays concernant le taux d'énurésie infantile.

En France dans les trente dernières années, plusieurs études se sont attachées à déterminer la prévalence de l'énurésie chez les enfants.

Premièrement, **Fergous et al.**, en 1986, retrouvaient une prévalence de l'énurésie de 10,3% chez des enfants âgés de 7ans, deuxièmement, **Hellstrom et all.**, en 1990 et 1995 retrouvaient une prévalence 9,5% à 7ans et de 0,5 % à 16-17ans, troisièmement, **Swithinbank et all.**, en 1994 et 1998 constataient une prévalence de 4,7%, à 11-12 ans est de 1,1% à 16-17ans. De plus, **Speevander et all.**, en 1998 constataient une prévalence de 15% à l'âge de 5ans, de 8% à l'âge de 7ans, et de 4,6% à l'âge de 11-12ans. Puis, **Lottman**, en 2000, constatait une prévalence de 11,2% à l'âge de 7ans.

En dernier lieu, Yung et all., en 2006, constataient une prévalence de 16,1 % à l'âge de 5ans, 10% à l'âge de 7ans, de 3,1% à 9ans. (**Dalocchio A., 2012 p 30-31**).

Aux Etats- Unis , une étude a été menée en 1981 a National **Health**interview Survey concernant 960 enfants âgées de 5 à 17ans qui présentent de nombreux problèmes de comportement et de développement, parmi ces troubles on trouve l'énurésie qui a été signalée chez 33% des 5ans , 18% des 8ans , 7% des 11ans et 0,7% des 17 ans. A tous les âges, l'énurésie nocturne (moins de six épisodes par an) se présentait la moitié de l'énurésie signalée.

Au canada (Québec), un échantillon représentatif d'enfants née entre 1997 et 1998 au Québec, un ensemble complet de données sur l'énurésie a été obtenu pour 1666 enfants âgés de 29, 41, 53mois, à l'âge de 29 mois, 4% des enfants mouillent leur lit la nuit, parmi les enfants qui ont fait pipi au lit à 29 et 41 mois, la moitié 50,8%. La prévalence à l'âge de 53mois est de 9,7 %.(**Touchette E., et all, 2005 p 1129-1134**).

Au Maroc, une étude a été faite en 1993 dans la province de **kalaasraghna**. L'étude a concerné un échantillon de 520 enfants (âgés de 4 à 15ans) pris au hasard lors des consultations, le taux des enfants énurétiques était de 28,84%. (**Nassim M., 1993 P 305**).

Deux autres études, réalisées en 2007, la première étude était dans la ville d'Agadir et a concerné un échantillon accidentel de 500 familles soit 952 enfants (âges entre 5 et 16ans). L'énurésie a été retrouvée chez 20,9% de la population étudiée. (**El Badri D., 2007**).

La deuxième étude a été effectuée dans la ville de Marrakech. La prévalence était de 3,28%. (**L'énurésie chez l'enfant 2007, Marrakech**).

En Algérie (Oran), selon les enquêtes nationales « **pipi au lit** » l'énurésie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. D'abord, 10 à 15% des enfants de 5ans sont atteints, ensuite, 10% des enfants de 8ans sont touchés. Enfin, 1 à 2% des enfants de 15ans sont concernés aussi par cette énurésie.

En Algérie le taux d'incidence est de 1,70% selon la (MSPRH), le nombre de cas d'énurésie a connu une hauteur notable au milieu scolaire partir d 1995 jusqu'à 2003. (MSP/Réf HOSP. La santé des algériens et des algériennes 2004).

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, pendant cette période l'enfant doit acquérir certaines compétences essentielles sur tous les plans cognitif, sensoriel, moteur et même des dimensions psychologiques et cela :

La première enfance, jusqu'à trois ans, la deuxième enfance, de trois à six ou sept ans, et la troisième enfance, qui se termine par la puberté.

A trois ans, l'enfant découvre sa personnalité, qu'il affirme en employant le pronom je et moi et en s'opposant sans motif à autrui, à partir de ce moment, ses acquisitions se font à un rythme de plus en plus rapide, donc à partir de cette période on peut parler d'estime de soi qui se construit petit à petit chez l'enfant. Alors que veut –on dire par la dimension « estime de soi » ?

**L'Ecuyer**(1978), parle plutôt du concept de soi, qu'il définit comme étant une organisation hiérarchisée de l'ensemble des perceptions qu'un individu a de lui-même.

**Bowlby**(1971), dans la formulation de la théorie de l'attachement, suggère que les personnes développent un sens global du Soi assez précocement et en fonction des relations qu'elles établissent avec leur figures d'attachement.

**Eder** (1989), a également démontré que les jeunes enfants ont des concepts de soi-même et des autres qui ne sont pas restreints à des points spécifiques dans le temps, pouvant alors , changer au cours de la période préscolaire. En 1990, le même auteur n'a constaté que les enfants de 3 ans et demi possèdent déjà des méthodes similaires d'organisation de l'information sur eux-mêmes, ainsi qu'un sens psychologique du soi individuel et stable.

L'estime de soi selon le petit Larousse de la psychologie (2008) : « c'est l'attitude de plus au moins favorable envers soi –même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine ».

**Selon William James** (1980) : « l'estime de soi est le résultat d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi actuel, et une valeur de référence interne, le soi idéale c'est le rapport entre les résultats que l'on obtient et ceux qu'on pense pouvoir obtenir ».

**Selon Cooley**, l'estime de soi de l'individu est une construction sociale. C'est-à-dire qu'elle se façonne à travers les interactions sociales, à partir des opinions, du jugement et des actions, et ce depuis la naissance.

L'estime de soi selon **Cooper Smith** (1967) se construit et s'élabore pendant l'enfance en fonction de l'expérience subjective vécue par l'individu, selon lui le seul facteur qui influencerait fortement l'estime de soi de l'enfant serait la qualité de sa relation avec ses parents.

Toutes les recherches en psychologie montrent que les premières relations que le bébé, puis le petit enfant entretient avec son entourage influencent cette construction de l'estime de soi. Mais au départ, il faut un acte gratuit, une ration d'estime accordée à l'enfant avant même qu'il ait fait quoi que ce soit pour la mériter. (**Goumaz, 1991**).

**Winnicott** (1969) insiste sur l'impact de la qualité des interactions mère-enfant sur ce développement. C'est une « mère suffisamment bonne » qui répond rapidement et de façon appropriée aux demandes de l'enfant qui favoriserait un développement sain.

**Harter** (1978) souligne l'aspect vital de l'approbation dont l'enfant a besoin, à la fois pour encourager certains comportements et comme source d'informations sur l'adéquation de ses performances. Ces renforcements positifs remplissent donc deux fonctions : ils apportent de la stimulation et de l'affection, de même qu'ils favorisent le processus d'indépendance et de recherche de maîtrise.

La théorie de l'attachement de **Bowlby** (1982) suppose la construction d'un modèle interne dans le contexte des premiers liens sociaux que le nourrisson établit avec sa mère, son père ou toute personne qui s'occupe régulièrement de lui. Le nourrisson s'imprègne des traits saillants de son milieu et les incorpore. Le début de sa vie psychique est désormais organisé par ce modèle interne qui lui permet de traiter les informations et d'y répondre.

**Cassidy** (1988) confirme cette relation étroite entre la qualité de l'attachement précoce à la mère et l'estime de soi à 5-6ans en montrant que cet attachement continu à influencer pendant longtemps encore l'estime de soi de l'enfant. (**Cassidy J., 1988 p 121-134**.)

En 1954, **Abraham Maslow** montrait l'importance de l'estime de soi pour l'enfant, il affirmait que l'estime de soi fait partie des besoins importants d'un individu. Mais avant de pouvoir le combler il doit avoir satisfait à d'autres besoins.

Une bonne estime de soi permet à l'enfant de mieux percevoir ses forces et ses faiblesses, de les relativiser, de vivre avec. Lorsque l'enfant témoigne d'une bonne estime de soi il ose exprimer ses besoins, ses sentiments, ses idées, il est aussi capable d'affirmer, de reconnaître ses qualités et ses difficultés.

Une autre étude montre qu'une estime de soi élevée est associée à des comportements plus adaptés et plus positifs tels que la confiance en soi, l'anticipation positive de l'avenir, la recherche du soutien social, la confrontation active à la difficulté, la réussite scolaire. (**Bariaud.F et Bourcet.C, 1998, p 271**).

Pour **Monbourquette**, la personne qui a une haute estime de soi émet des commentaires bienveillants sur elle-même, se parle d'un ton compréhensif et s'adresse des paroles réconfortantes. (**Monbourquette.J, 2002, p 41**).

Cependant ceux qui présentent une baisse estime de soi manquent de confiance en eux et en leur possibilités de réussir. Cette attitude face à la vie peut, en cas de difficultés entraîné des troubles d'apprentissage et de comportement, ils peuvent même développer d'autres troubles comme l'échec scolaire, des troubles dépressifs etc. (**Auderset M. et all., 2002 p 10-11**).

Dans cette double complexité, d'une part l'énurésie, et d'autre part l'estime de soi chez l'enfant » nous nous sommes posé un ensemble de questions afin de trouver des réponses dont le but est de vérifier nos hypothèses.

Est-ce que les enfants énurétiques ont une estime de soi élevée ?

Est-ce que les enfants énurétiques ont une estime de soi basse ?

Est-ce que l'énurésie empêche l'adaptation de l'enfant dans son milieu familial ?

## **II- Les hypothèses :**

### **II-1 Hypothèse générale :**

- Les enfants énurétiques ont une estime de soi basse.

### **II-2 Hypothèses partielles :**

- Les enfants énurétiques trouvent des difficultés d'adaptation dans son environnement familial ce qui favorise un niveau d'estime de soi faible.

## **Les raisons de choix de thème :**

- Manque d'études sur l'estime de soi sur les enfants énurétiques ce qui nous a poussés à traiter ce thème dans le but de les aider et de les orienter.
- L'énurésie est un sujet d'actualité.
- Nous avons des proches qui souffrent de ce trouble ce qui nous a poussés à traiter cette thématique.
- Amener un plus à notre bibliothèque.

## **Les objectifs de la recherche :** les objectifs envisagés dans notre étude sont les suivants

- Ce travail a pour but de connaître le niveau d'estime de soi chez les enfants
- Comment l'énurésie influence négativement sur l'estime de soi chez l'enfant
- Enrichir la bibliographie sur cette thématique.
- Aider les enfants qui présentent une énurésie à une meilleure prise en charge psychologique.
- Aider les parents d'enfants énurétiques à mieux cerner ce problème et comment intervenir face à une telle situation.

## **Définition des concepts clés :**

**Le soi :** « Lien psychique incluant conscient et inconscient »

**Estime de Soi :** « Valeur personnelle, compétence, qu'un individu associé à son image de soi. »

On peut aussi dire que c'est appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation d'un jugement de valeurs à-propos de soi (**Saint Paul J, 1999, P7**).

**L'énurésie :** Emission d'urine dont le déclenchement est involontaire et inconscient, le plus souvent pendant le sommeil.

On distingue l'énurésie primaire, lorsque le contrôle sphinctérien n'a jamais été acquis, la plus fréquente, de l'énurésie secondaire, qui survient après un intervalle plus au moins long de propreté complète. C'est entre 18 et 24mois que l'éducation du contrôle sphinctérien est possible. Or pathologie urologique ou endocrinienne, les causes de l'énurésie doivent être analysées avec l'aide de la famille. (**Bloche, H, .et all, Larousse, 2002, P443**).

## **Opérationnalisation des concepts clés :**

### **L'estime de soi :**

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimé et apprécié et de sentir compétent.

- L'e degré de confiance ou le non confiance en soi-même
- Le bien être ou le malaise
- L'amour de la vie ou le dégoût de cette dernière
- La honte de soi même
- Le degré d'appréciation de soi
- L'admiration ou le non admiration de soi
- L'acceptation ou le non acceptation de soi
- Le respect de soi

### **L'enfant énurétique (énurésie nocturne et diurne, primaire et secondaire).**

- Des enfants qui font pipi au lit
- Des enfants qui mouillent leur lit durant la journée ou la nuit inconsciemment ou consciemment et involontairement ou volontairement après ou avant l'acquisition de la propreté
- Des enfants qui n'arrivent pas à contrôler leurs vessies le jour ou la nuit après ou avant l'acquisition de la propreté

○ Des enfants qui n'arrivent pas à contrôler leurs urines et urinent accidentellement leurs lit pendant leurs sommeil et des enfants qui urinent leurs culotte pendant le jour.

# *Partie Théorique*

*Chapitre I :*  
*L'estime de soi*

**Préambule :**

Dans cette partie qui est la partie théorique on va essayer de parler sur l'estime de soi premièrement on va donner quelques définitions de l'estime de soi, après on va proposer les différents spécialistes et chercheurs qui ont parlé de l'estime de soi. Après on passe à ses caractéristiques, l'importance de l'estime de soi et finalement vient le traitement comment augmenter l'estime de soi.

**1. Définitions de concept de soi :**

La notion de soi occupe une place importante dans la recherche en psychologie sociale et en psychologie de la personnalité. Trois grandes périodes d'intérêt pour le soi peuvent être déterminées, le début du XXe siècle avec les ouvrages de (**James 1890**), (**Baldwin 1897**) et (**Cooley 1902**), les années 30 avec les travaux de (**Mead 1934**), et enfin des années 70 avec l'émergence d'un attrait de la psychologie sociale expérimentale pour le soi. Le concept de soi est caractérisé par une controverse continue pour déterminer si ce concept est stable ou malléable. **Markus** et (**Kunda 1986**) suggèrent qu'il est les deux à la fois, la stabilité observée sur des descriptions générales de soi masquant des variations locales significatives.

(**René L'E'cuyer, 1994**).

Le concept de soi est alors défini comme une collection d'auto présentations, une collection de représentation de soi. (**Martino, D. 1995, p11, 26**).

Le concept de soi propre à l'individu est composé de l'idéal du moi, de l'image corporelle, de l'estime de soi, et de l'identité personnelle. C'est un processus continu survenu au cours de la vie de l'individu. Ce processus peut être influencé par les événements de la vie y compris la maladie qui débordent sur n'importe lequel des facteurs identifiés positivement ou négativement. (**Helen C. 2004, p538, 540**).

**1.1. Définition de l'estime de soi :**

Vu la complexité de l'estime de soi, il n'existe pas de définition universellement acceptée.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie l'estime de soi est une (valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi) L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet : le moi actuel d'une part, et d'autre part le moi idéal, le moi qui devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines personnes qui le connaissent.  
(**Bloch H. et al. 2000, p 346**).

L'estime de soi repose sur la notion d' (auto-évaluation). Ce terme renvoie à un processus de jugement par lequel l'individu considère ses résultats, ses capacités, ses qualités, selon un système de valeurs et de normes personnelles, et porte un jugement sur son mérite personnel. **(Cooper Smith, S. 1994, p6 et 7).**

**Virginia Satir** (1916-1988) nous donne une description complète de l'estime de soi avec ces différentes formes, la première forme est l'estime de soi pour sa personne, quand l'individu s'affirme comme suivant : (je suis moi. Dans le monde entier, il n'y a pas d'autres personnes exactement comme moi). Elle insiste sur la reconnaissance à accorder à l'unicité de sa personne et sur l'acceptation de toute l'acceptation de tous ses traits corporels, émotion, besoins, facultés, qualités, erreurs...etc. **(Monbourquette, J. 2022, p 26-34).**

## **1.2. D'où vient l'estime de soi :**

L'estime de soi est grandement influencée par les expériences de vie d'une personne. Les premières expériences d'une personne sont celles qui auront le plus d'impact dans le développement de l'estime de soi. Par exemple, le regard que les parents d'un jeune et celui que les autres personnes importantes à ses yeux porteront sur lui, tout comme les paroles qu'ils échangeront, constituent la base de l'estime de soi. Aussi, les résultats scolaires, la performance dans les activités sportives ou artistiques influencent la perception de soi.

Certaines expériences, comme les critiques à répétition, l'intimidation, les abus physiques, sexuels ou moraux et le fait d'être ignoré, contribuent à l'établissement et au maintien d'une faible estime de soi, tandis que les marques d'affection, la reconnaissance des succès, les marques d'encouragement favorisent le développement d'un regard positif et d'une saine estime de soi. **(Http : [www.Patho08.com.13/02/2022](http://www.Patho08.com.13/02/2022)).**

## **1.3. Comment construit-elle l'estime de soi ?**

Pour avoir une bonne estime de soi, votre enfant doit commencer par développer un attachement sain avec vous. L'estime de soi commence à se construire dès la naissance et se développe au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Pour bâtir leur estime d'eux-mêmes, les enfants ont besoin de se sentir aimés et acceptés. Si vous vous occupez bien de votre bébé, il se sentira aimé et important. Lorsque vous jouez avec votre enfant et que vous l'aidez à apprendre, il développe sa confiance en soi et a envie d'explorer de nouvelles choses. S'il réussit bien un examen ou a de bons résultats sportifs, vos félicitations et vos encouragements l'aideront à se sentir fier de ce qu'il a accompli.

Lorsque votre enfant grandit, des règles et une structure l'aideront à comprendre que vous vous occupez et vous souciez de lui. Graduellement, il faut lui donner des occasions de faire ses propres choix et de se sentir plus autonome. **(Bee H. et Boyed D. 2004, p188).**

## 2. Historique d'estime de soi :

Lorsqu'on aborde le sujet de l'estime de soi dans la littérature scientifique, on se retrouve face à une multitude de termes utilisés de façon plus ou moins synonymes. Ainsi on parle de conscience de soi, de perception de soi, de concept de soi, de représentation de soi, de l'image de soi, voire d'identité. Pour n'en citer que les plus courants. A priori, l'ensemble de ces termes a pour intérêt principale de définir le soi en tant que construction psychique complexe, mettant toutefois déferrement en valeur certains mécanismes sous-jacents.

L'intérêt scientifique pour ce concept de "estime de soi" ne date pas d'aujourd'hui ; il a été un projet d'étude depuis très longtemps. (**William James (1842-1910)**).

Le père de la psychologie américaine, le premier qui a donné une définition de l'estime de soi, publié en 1900. À cette époque, il limitait l'estime de soi au rendement ou à la performance. Il mettait l'accent essentiellement sur la dynamique interpersonnelle. James évalue l'estime de soi d'une personne à partir de ses réussites concrètes confrontées à ses aspirations. Dans cette perspective, plus la personne entretenait des prétentions élevées sans réussir à les combler plus elle éprouvait un sentiment d'échec personnel.

En 1902, **Cooley** le pionnier du modèle social, apporte une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse que le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par l'interaction avec l'entourage et cela dès l'enfance.

En 1934, les travaux de **G.H Mead**, qui postule que serait la moyenne de ces jugements qui seraient intériorisés. (**Blanchet, M. Chevallier L. (2008)**).

**Carle Rogers (1902-1987)** : Apôtre apporte de l'acceptation "inconditionnelle" des clients en psychothérapie, reconnaît cependant chez la plupart d'entre eux la tendance à ne pas accepter comme ils sont, voire à se dénigrer. Il écrit à leur sujet ; "dans la grande majorité des cas, ils se méprisent et se considèrent dénués d'importance et indignes d'amour. «Selon **Rogers**, l'acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute lui permettrait d'apprendre à s'accepter tel qu'il est et s'aimer même avec ses faiblesses.

En fin des années 90 avec l'émergence d'un attrait de la psychologie sociale et expérimentale, de nombreuses recherches ont vu le jour; 1970 dans la hiérarchie des besoins, **Maslow** ajoute que l'estime de soi correspond à une double nécessité pour l'individu, se sentir compétent et être reconnu par autrui; est un besoin d'ordre supérieur, pour qu'il manifeste, il faut que les besoins d'ordre inférieure soient comblés; par exemple, si les besoins psychologiques nous sont pas satisfait de même que pour les besoins de sécurité, et les besoins d'amour, le besoin d'estime de soi, n' émergera même plus. (**Http : Oser-changer.com**).

Les travaux de **Cooper Smith** 1962 ont beaucoup apportée à cet objet d'étude. Il insiste sur le fait que vers le milieu de l'enfance que l'individu se forge une image de lui-même qui restera relativement stable au cours de la vie. Cette image pourra être affectée par des événements de la vie. Cooper Smith a prouvé que les variables dues aux expériences individuelles, au sexe, à

l'âge sont importante car chacun construit son appréciation de soi en s'appuyant sur des considérations plus spécifiques dans différents domaines selon l'importance subjective qu'il leur apporte. Aujourd'hui l'estime de soi est devenue une aspiration légitime aux yeux de tous : considéré comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive ; vu son influence sur positive ou nocive sur le fonctionnement psychique ; les chercheurs s'accordent actuellement pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive sociales. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu. **(Pervin A. L, John O.P. 2005, p159).**

### 2.1. L'évolution de l'estime de soi :

L'estime de soi n'est pas un élément statistique, figé en soi, bien au contraire, c'est un phénomène dynamique, qui évolue tout au long de l'existence et est marqué par des ruptures et des crises.

L'histoire de l'estime de soi commence bien avant la naissance d'un enfant. Avant de venir au monde, cet enfant est déjà fantasmé et imaginé par ses parents, et lui accorde une place dans les projets familiaux. Les attentes ainsi projetés sur le nouveau-né auxquelles les enfants devra répondre s'il ne veut trop décevoir ses parents, constituent les premiers enjeux interactionnels intervenant à leur tour dans la constituent de l'estime de soi.

Toutes les recherches montrent que les premières relations que le bébé, puis le petit enfant entretient avec son entourage influencent cette construction de l'estime de soi.

**Cassidy**(1988) confirme qu'une relation étroite entre la qualité de l'attachement précoce à la mère et l'estime de soi à 5-6 ans qui continu a influencer pendant longtemps l'estime de soi de l'enfant.

Pendant toute la première enfance, mais avec accélération vers 3ou4 ans l'enfant est de plus en plus confronté a un monde social plus élargie (garderie, jardin, d'enfant...etc.), il commence à se rendre compte des impressions que les autres individus ont sur lui C'est à ce moment-là que l'enfant se préoccupe de son acceptation social. Mais il ne peut pas pour autant évaluer les informations données par autrui. Le début de la prise de conscience de soi chez l'enfant, en devenant capable de comprendre le lien entre ses propres actions et les résultats obtenus.

Selon **Harter**(1988) c'est à partir de l'âge de 8ans que l'enfant devient capable de conceptualiser une représentation de soi sur le plan cognitif. C'est ainsi qu'il accède à une représentation psychologique globale de lui-même qui puisse être mesuré et évaluer scientifiquement. L'enfant perçoit son invariant comprend qu'il travers les différents moments qu'il vie, il reste le même. Le regard qu'il commence à porter sue cette personne dont il prend peu à peu conscience constitue la base de son future estime de soi. **(André C, Lelord F. 2007 p80).**

Bien entendu que cette appréciation de soi sera affectée par les événements de la vie. Chaque personne verra son estime fluctuer de bien au cours de chaque passage de sa vie (enfance, adolescence, adulte, vieillissement) qui amènera son lot d'amélioration ou de détérioration de notre estime de soi. Cela s'explique par le fait que les expériences de vie régulièrement être réactivée pour conserver sa force.

## 2.2. L'importance de l'estime de soi :

Adopter une attitude positive envers soi-même a été, depuis longtemps, considéré comme un facteur important par un grand nombre de théoriciens de la personnalité

Cette importance accordée à l'estime de soi est aussi reconnue par de nombreux psychologues travaillant dans les domaines cliniques et sociales. (**Rogers.C.R, et Adler.A**).

Dans un livre fondamental sur ce sujet, "the self-concept", **Ruth Wylie** fait le point sur les travaux dans ce domaine, ainsi il apparaît que les personnes qui demandant une aide psychologique, déclarent fréquemment qu'elles souffrent d'un sentiment d'incapacité et d'infériorité. Ces personnes se considèrent comme inaptes à améliorer leur situation et comme manquant des ressources intérieures nécessaires pour supporter ou réduire l'anxiété suscitée par les événements stressants de la vie quotidienne. (**Rogers, C.R. et Dymond, R.F. 1954, cité par Cooper Smith, S. 1984, p8**),

Les cliniciens ont observé que les personnes qui doutent de leur valeur ne peuvent accéder à une vie affective harmonieuse par crainte de dévoiler leurs insuffisances et donc d'être rejetées, **Fromm. E**, (1939).Elles évitent toute relation affective trop impliquant et finissent par se sentir isolées. D'autres études ont montré encore que les personnes chez lesquelles les réalisations ne concordent pas avec les aspirations personnelles se considèrent comme inférieurs quel que soit le niveau des résultats qu'elles obtiennent, ces personnes font le plus souvent état de sentiments de culpabilité.

De nombreuses recherches menées en laboratoire ou sur le terrain, tendent à renforcer l'opinion des cliniciens sur l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux. Des études sur la motivation suggérant que la volonté d'accéder à un statut social élevé ou d'obtenir une forte reconnaissance sociale provient, du désir de conserver une image positive de soi-même. Des travaux expérimentaux indiquent que 'une personne qui à peu d'estime d'elle-même est moins capable de résister à la pression de l'opinion des autres, au contraire, les personnes qui ont une haute estime d'elles-mêmes se font une idée très affirmée de leurs capacités et de leur individualité.

D'autres études ont démontré aussi que les personnes qui ont une haute estime d'elles-mêmes sont aussi susceptibles, d'assumer un rôle actif dans les groupes sociaux, et de s'exprimer librement et efficacement. Plus libre des doutes et de l'ambivalence, plus résistant aux menaces, plus dégagé des troubles mineurs de la personnalité.

Plus important encore sont les recherches montrant indirectement que les attitudes de domination, de rejet, de punition sévères à l'égard des enfants, sont la cause de la perte de leur propre estime. Par de telles méthodes éducatives qui les privent de la compréhension affectueuse et de l'encouragement dont ils ont besoin, les enfants tendent à devenir soumis et indifférents, ou plus rarement, à se montrer agressifs et dominateurs, les enfants élevés dans ces conditions paralyse paralysantes ont plus de chances de se conduire de façon peut réaliste et efficace et de manifester des comportements déviants. (**Cooper Smith, S 1984, p 7,8 et 9**).

### **3. Les composantes de l'estime de soi :**

Selon Germain Duclos, l'estime de soi est faite de quatre composantes : le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence. (**Saint Paule de J.1999, P9**).

Chez d'autres comme **Robert Reasoner**, auteur du programme d'estime de soi à Québec, décrit cinq sentiments qui sont à la base de l'estime de soi : sentiment de sécurité, sentiment d'identité, sentiment d'appartenance, le sentiment de détermination, et le sentiment de compétence. Et **André Lelord** parle d'amour de soi, confiance en soi et Vision de soi. Même si les termes utilisés ne sont pas les mêmes, le contenu et les fondements de l'estime de soi sont identiques. Donc nous allons expliquer les composantes proposées par Germain Duclos.

#### **3.1. le sentiment de confiance en soi :**

Une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, c'est le sentiment d'assurance et de sécurité. Le bien-être et l'assurance par la compréhension des limites, la connaissance des attentes d'autrui. Il se constitue au fil des relations d'attachement et des expériences que fait l'enfant. Il éprouve le sentiment de confiance et de sécurité lorsque il a une vie stable dans le temps, l'espace et dans ses relations avec les autres.

#### **3.2. Le sentiment d'appartenance à un groupe :**

L'enfant a un besoin de savoir qu'il compte aux yeux des autres, ce que les autres lui disent, ce qu'ils pensent de lui, la façon dont ils le voient aide l'enfant à se définir, à modifier son image de lui-même et sa valeur personnelle. Le concept du moi se construit en parallèle du concept d'autrui. L'enfant a besoin d'un lieu où il sait qu'il est aimé comme il est. Il peut développer des liens de confiance et une certaine intimité lorsque il sait que ceux qui l'entourent le connaissent vraiment.

### 3.3. Le sentiment de compétence :

C'est le fait de se sentir capable de faire quelque chose. C'est au cours de ses apprentissages et surtout de ses réussites que l'enfant peut progressivement développer ces sentiments de compétence personnelles. Développer le sentiment de compétence, c'est établir des conditions qui permettent de mieux apprendre et des objectifs réalistes. C'est rendre l'enfant conscient que le succès est relié à l'effort.

On peut donc résumer le sentiment de confiance en soi est préalablement à l'estime de soi. En effet, il faut d'abord le ressentir et le vivre afin d'être disponible pour réaliser des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi. Il en va autrement des trois autres composants. On peut stimuler la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence à chaque stade de développement, à chaque période de la vie, par des attitudes éducatives adéquates et des moyens concrets. Il faut donc accorder une importance toute spéciale à sécurité et à la confiance. (Douclos G.2000, p 115).

## 4. Les facteurs influençant l'estime de soi :

Selon certains la première influence sur l'estime de soi est celle exercée sur l'enfant par les attitudes et les comportements des parents et des éducateurs, on exposera ici les principes pédagogiques favorisant chez-lui l'estime de soi. Ces principes sont valables à tout âge. ET son résumé par **Monbourquette** en ce qui suit où il recommande aux parents et les éducateurs cinq attitudes :

**A.** Les éducateurs agiront de telle sorte que l'enfant se sent accepté dans sa personne, son être, ses émotions, ses pensées, et ses jugements. Même s'ils auront à désapprouver ses comportements fautifs, ils se montreront actuellement à ses émotions et à ses idées. Du même coup, ils lui signaleront que malgré ses inconduites, sa personne et ce qui compte le plus a leurs yeux.

**B.** Les parents donneront à l'enfant des règles de conduites bien définies et précises. Ils imposeront à ces actions des limites réalistes, car il n'est pas bon que l'enfant soit laissé totalement à lui-même. L'enfant se sentira alors en sécurité grâce à un encadrement bienveillant. Par ailleurs, les éducateurs apprendront à assouplir leurs règles à mesurer que l'enfant donnera des signes de maturité.

**C.** Les éducateurs respecteront la personne et les droits de l'enfant. Ils éviteront donc de le ridiculiser, de le rabaisser, de lui retirer son affection ou d'user de violence. Ils répondront à ses besoins et à ses aspirations dans la mesure des valeurs et des limites qu'ils auront cherché à inculquer dans la vie de famille.

**D.** Les éducateurs exprimeront à l'enfant des attentes élevées, mais raisonnables et proportionnées à ses capacités. Ils encourageront surtout ses efforts ils se montreront confiants dans l'amélioration possible de sa conduite et ses performances.

**E.** Les éducateurs d'ouvrant faire montrer d'une saine estime d'eux-mêmes. Ils chercheront à être des modèles de respecte d'eux-mêmes et de confiance en eux-mêmes ; l'enfant sera ainsi porter à imiter ses éducateurs et apprendre d'eux l'estime de soi. L'exemple quotidien s'avère en effet le meilleur moyen pédagogique pour apprendre à l'enfant l'estime de soi. (Monbourquette, J. 2002, p 52-61).

## **5. L'évolution de soi pendant l'enfance :**

Il faut savoir que la perception du soi prend son origine avant la naissance de l'enfant, dans l'imaginaire de ses parents. L'enfant idéal et fantasmé. Des qualités et des valeurs lui sont attribuées.

### **5.1. Petite enfance (0-5ans) :**

L'enfant se valorise toujours il ne voit que ses qualités. Elle est basés sur des caractéristiques concrets qui peuvent être des comportements, des compétences, des attributs et physiques, des émotions, des possessions ou des performances. Ils sont incapables de se comparer avec les autres enfants car ils ont une vision de soit positive C'est une forme l'égoцентризм.

### **5.2. Moyennes enfances (5-7ans) :**

La description de soi est encore concrète, il ne généralise pas ses compétences, en se considérant comme "athlétique" par exemple. La comparaison fait son apparition mais elle est "temporelle", ce qui signifie qu'il se compare avec lui-même par rapport à ses compétences antérieures. Il peut dire "j'écris plus vite que quand j'étais plus petit". Il commence à se rendre compte des impressions que les autres individus ont sur lui. Mais, il. Ne peut pas pour autant évaluer les informations données par autrui. (Martinot-Toczek, A. 2004, p. 38).

### **5.3. L'enfance (8-12ans) :**

L'enfant devient capable d'utiliser des traits pour se définir. Ce qui indique une appréciation cognitive du soi. Selon Hatter (1988) c'est à partir de l'âge de 8 ans que l'enfant devient capable de conceptualiser une représentation psychologique globale de lui-même qui puisse être mesuré et évaluer scientifiquement. L'enfant perçoit son invariant comprend qu'il travers les différents moments qu'il vie, il reste le même. Le regard qu'il commence à porter sur cette personne dont il prend peu à peu conscience, constitue la base de son futur estime de soi. (André C. Lelord F.2007).

**6. Tableau N°4 : de comparaison entre les enfants qui ont une bonne estime de soi et les enfants qui ont une faible estime de soi :**

Les enfants qui ont une bonne estime de soi	Les enfants qui ont une faible estime de soi
Sont heureux	Avoir peu d'amis
Se font des amis facilement	Etre facilement frustrés ou décourager
Prendent plaisir aux activités sociales	Ne pas vouloir essayer de nouvelles choses
Aiment essayer de nouvelles activités	Avoir de la difficulté à suivre les règles et à bien se comporter
Peuvent jouer seuls et avec d'autres enfants	Etre réservés ou déprimés
Aiment être créatifs et avoir leurs propres idées	Dire souvent « non je ne suis pas capable »
Sont à l'aise de parler aux autres sans trop d'encouragement	

**7. L'utilité de l'estime de soi :**

Aide à se réaliser comme être humain, à atteindre des objectifs, à concrétiser des rêves

- Permet de se respecter soi-même et de se faire respecter : il est plus facile de s'affirmer
- Facilite les relations interpersonnelles, notamment puisqu'on ne se sent ni supérieur ni inférieur aux autres
- Aide à persévérer et à trouver des solutions pour atteindre le succès et affronter l'adversité
- Permet de voir et d'accepter ses forces et ses faiblesses
- Permet de ne pas s'effondrer à la moindre erreur ou de ne pas déployer trop d'énergie pour en éviter une à tout prix. ([http.Synergies-psy.com](http://Synergies-psy.com)).

## 8. Les répercussions d'une faible estime de soi :

Perfectionnisme et attentes trop élevées envers soi-même

- Développement de comportements ou d'attitudes pour cacher sa faible estime de soi
- Peur de prendre des risques, d'être rejeté
- Anxiété liée à la crainte de l'échec
- Jalousie ou envie
- Difficulté à accueillir la rétroaction qu'elle soit positive ou négative
- Impression de ne pas mériter l'amour des autres
- Comparaison fréquente aux autres
- Difficulté à se laisser aimer puisqu'il y a un manque d'amour de soi

La bonne nouvelle, c'est que l'estime de soi n'est pas statique : elle fluctue au fil des expériences et peut être développée. Elle tire profit des relations personnelles positives que l'on entretient et du sentiment de réussite. (Gueniche, K. 2005, p 45).

## 9. Comment favorise une bonne estime de soi chez l'enfant :

L'estime de soi est la perception que l'on a de soi-même, intérieurement et extérieurement. Les gens qui ont une bonne estime d'eux-mêmes affichent généralement une attitude positive, s'acceptent tels qu'ils sont et ont confiance en eux.

Une personne qui a une bonne estime de soi n'est pas vaniteuse et égoïste, mais est consciente de sa valeur et de son importance. Elle assume la responsabilité de ses actes et se montre respectueuse et attentive aux autres.

## 10. Les Caractéristique d'une personne qui s'estime :

De nombreux auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font preuve d'estime de soi et de confiance en soi, et en particulier à ce que ces personnes pensent d'elles-mêmes, des autres et du monde.

D'une façon générale, les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. De plus, elles se sentent « compétentes ». Non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir, mais elles se donnent le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre. Ainsi on a pu remarquer qu'elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes, gaies, créatives et pleins d'un sens d'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que, d'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie.

En ce que concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales : ni inférieur, ni supérieurs et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs. Les personnes qui ont une bonne estime de soi, en générale calmes, coopératifs, sociables et bienveillantes envers leurs semblables, elles ne craignent pas le jugement d'autrui. Elles savent aussi très bien écouter. En effet, elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. Elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaire.

Les personnes qui ont une estime de soi positive : elles sont réalistes s'acceptent, acceptent les autres comme ils sont et le monde tel qu'il est. Spontanées, leur appréciation des autres est faite sur le moment plutôt qu'à partir des stéréotypes. Autonomes et indépendantes. Elles se centrent sur les tâches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes, elles s'identifient avec le genre humain. Enfin, elles choisissent d'avoir des relations profondes avec quelques personnes qu'elles aiment et avec lesquelles elles entretiennent un lien émotionnel privilégié, plutôt que des relations superficielles. (Paul J, 1999, p. 21).

### **11. Les Caractéristiques d'une personne qui ne s'estime pas :**

Une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs. Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les connaître ou même les voir : le dénie peut être usage externe (je sais mais je mens pour me protéger), le sujet peut aussi ne peut remarquer consciemment qu'il a fait une erreur (ici aussi, ce sont les circonstances ou les autres qui sont responsables). Un sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif. Même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui dit n'est en rien dévalorisant, il est souvent à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui.

Lorsqu'on manque d'estime de soi et de confiance en soi, l'autre est aisément perçu comme menaçant ou encore comme une source possible d'humiliation ou de rejet. Le manque d'estime de soi aussi peut se manifester par le désir d'avoir raison, ce que suppose que l'autre à tort. Le but est de se rassurer sur ces compétences intellectuelles, sa valeur morale. Il ne résulte une vision du monde en terme binaires : il faut que l'autre ait tort pour que j'aie raison, s'il gagne, je perds, s'il est intelligent je suis stupide, s'il a « tout », je n'ai « rien ». Bien entendu, de telles croyances entraînent hostilité et agressivité. (Paul J, 1999, p.24, 25).

### **12. L'influence de l'estime de soi sur les plans familiaux et scolaire :**

#### **➤ Sur les plans familiaux et éducatifs :**

Pour tout éducateur, il est important de trouver l'équilibre entre la sécurité (montrer à l'enfant qu'on l'aime) et la loi (rappeler les règles incontournables). C'est donc une qualité d'éducation globale qui est à la base du développement de l'estime de soi **Prêteur**, (2002). Selon **Vondracek** (1993) cité par **kracke** et **Noack** (in **Rodriguez-Tomé et al**, 1997), une atmosphère familiale favorable se caractérise par la confiance que les parents ont en leurs enfants, leur tolérance à l'égard des idées et des actions qui lui sont propres et par leur ouverture

d'esprit. Les enfants présentent alors une bonne estime de soi qui les incite à explorer des situations nouvelles, et leur donne de la ressource pour surmonter les difficultés.

Des pratiques éducatives reflètent également des différences sociales. Les familles plus favorisées utilisent un langage abstrait, riche, permettant à chacun de se définir en tant que personne à part entière, dont on valorise les intentions, les sentiments et pas uniquement les actes. Cela favorise une plus grande liberté d'action et d'être. À l'inverse, les familles peu responsabilisantes présentent un code linguistique plus restreint. Leurs interactions sont fondées sur les statuts de chacun plutôt que sur leur individualité (**Bouissou, 1998**). Dans le cadre d'une éducation de type contractualisée avec une autorité plus négociatrice que coercitive.

L'intérêt manifesté par les parents au travail scolaire influence aussi l'investissement scolaire de leur enfant. (**Meyer 1987 de Léonardis et al. 1988**). Confirme que les élèves qui ont un bon statut scolaire ont une estime de soi encore plus favorable si leurs parents s'y intéressent (renforcement du caractère valorisant les bons résultats).

➤ **Sur le plan scolaire :**

Il est facile de faire le lien entre une estime de soi élevée et de bons résultats scolaires : un élève confiant se sent souvent capable de réussir et réussit. Une faible estime de soi peut démotiver un élève puisqu'il se croit voué à l'échec (**prêteur, 2002**).

Si un élève n'est pas intégré dans son nouvel environnement scolaire, son estime de soi tend à diminuer. L'absence de soutien de la part des pairs et/ou des enseignants peut également avoir un effet négatif. Si les exigences fixées sont plus importantes que ses capacités, il perd confiance (**Perron et al. 1994**).

Dans une recherche de **Bariaud (1998)**, les résultats indiquent que l'estime de soi, évaluée un an avant, prédit de manière significative, la nature des stratégies mises en place à la rencontre de la première difficulté scolaire. Ainsi, à une estime de soi élevée au collège, s'associent des modalités d'ajustement de type émotionnel, cognitif ou comportemental. Inversement, un faible degré d'estime de soi au collège prédit des modalités de type comportemental. Des modalités mal adaptées : tristesse, fatalisme, anticipation négative de l'issue des difficultés, évitement, fuite, passivité, déni. Une mauvaise estime de soi pourrait rendre difficile voir empêcher, une bonne adaptation à l'environnement scolaire et amener l'enfant vers une situation de difficultés qui peut aboutir à des échecs, à un sentiment de mal-être. . . . (**Perron et al. 1994**).

Cependant, les élèves en échec scolaire ne se dévalorisent que de façon sélective (dans le domaine des compétences intellectuelles et/ou scolaires). Ils peuvent compenser en s'estimant sur le plan physique, c'est d'ailleurs fréquemment le cas chez les garçons.

Les élèves fréquentant les cursus spécialisés (réservés à ceux qui sont en grande difficulté), se dévalorisent moins au plan scolaire que les élèves ayant redoublé. Dans ces classes ordinaires. De plus, les enseignants spécialisés de ces classes ont d'autres attentes et adoptent des attitudes pédagogiques différentes **Preteur, (2002), Pierre Humbert et al. (1998)** supposent que la pédagogie pratiquée dans les classes à cursus spécialisées, orientée vers le renforcement des succès davantage que celui des échecs, contribue à restituer aux élèves une réelle satisfaction d'eux-mêmes. **(Rodriguez-Tomé et al., 1997).**

### **Conclusion :**

Ce chapitre était enclavé à travers les différentes interprétations de la part de plusieurs auteurs chacun selon sa conception théorique pour déterminer l'importance de cette notion dans la vie d'un individu.

On peut conclure que l'estime de soi est un des aspects centraux du psychisme parce qu'elle découle d'une multitude de choix qui concrétisent nos valeurs.

*Chapitre II :*  
*Le développement de l'enfant*

**Préambule :**

Le développement de l'enfant se déroule dans le temps et sa chronologie est essentielle.

Puisque notre recherche porte sur les enfants énurétiques donc nous avons construit tout ce chapitre dans lequel nous allons présenter le développement global et domaines de développement, les quatre besoins affectifs fondamentaux, chronologie du développement normal, les étapes de développement importantes, et les caractéristiques de l'enfant, commençant par une définition de l'enfant et enfance.

**1. Définition de l'enfant et enfance :**

Au sens étymologique, le terme d'enfant du latin « infans », désigne l'être humain qui n'a pas encore acquis l'usage de la parole. Dans son acception actuelle en psychologie le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui, selon les autres, se situe entre la naissance et la maturité, entre la naissance et la puberté ou encore entre l'émergence du langage et la puberté. **(Doron R. Et Parot F. 2007, p 255).**

**2. Aperçu historique :**

Depuis longtemps la conception de l'enfant est prise de différentes manières :

Avant XVIII siècle la religion postule que l'enfant représenté avec la morphologie de l'adulte en miniature, avec absence de personnages enfantins dans la littérature de cette époque.

A l'antiquité au XVIII siècle l'enfant est coloré par une connotation d'inachèvement et d'assujettiment.

A cette époque l'enfant est éloigné du jeu pour qu'il devienne adulte le plus vite possible. Pour J.J Rousseau l'enfant est une période spécifique qu'a sa valeur en tant que telle, donc pour lui l'enfant est innocent et que sa croissance est ordonnée par la nature de l'éducation. **(Baudier A. Et Céleste B. 2004, p 4,5).**

Au début de XIX siècle, sous l'influence de philosophes comme **Locke** (1632,1704), d'éducateurs comme **Pestalozzi** (1746,1827) et de médecin comme Itard (1775,1838), découvre véritablement les enfants pour la première fois, leur réserve petit à petit un sort plus favorable que par le passé. La scolarisation moitié du siècle. **(Dumas J.E. 2002, p11).**

A la fin du XIX siècle et le début du XX siècle que législation et son application unifiaient un statut d'enfant.

Le XX siècle est marqué par l'essor de la psychologie qui s'intéresse à l'enfant en tant qu'être spécifique, à ses propres caractéristiques, et c'est la naissance de l'étude de l'enfant.

**(Baudier A. et Céleste B. 2004, p 6,7).**

### 3. Les domaines de développement :

Le développement des enfants commence durant la période prénatale et se poursuit jusqu' à l'âge adulte. En tant qu'individus, nous nous développons tous et toutes à différents stades :

Le développement se déroule en continu dans chacun des domaines suivants :

**1. Domaine physique :** ce domaine concerne la maîtrise des diverses activités corporelles. Parmi les jalons marquant le développement figurent l'aptitude à se retourner sur le dos ou sur ventre, à s'asseoir, à marcher à quatre pattes et à marcher. L'enfant apprend également à courir, à sauter, à lancer et à rattraper des objets, ainsi qu'à manger avec une cuillère et à reproduire au crayon des lignes et des cercles.

**2. Domaine cognitif :** Ce domaine est celui de l'acquisition de connaissances et de la résolution de problèmes. Il englobe les processus d'exploration du milieu environnant pour essayer de le comprendre, soit par l'observation, soit en se mettant des objets dans la bouche, soit en lâchant un objet pour le regarder tomber. Ce domaine comprend également les aptitudes « scolaires » telles que l'apprentissage des chiffres, des lettres et des nombres. Exemple : nourrisson fixant son regard sur le visage de sa mère qui se penche vers lui ; bébé tendant la main vers un jouet ; enfant d'âge préscolaire jouant aux cubes, tournant les pages d'un livre ou donnant le nom des couleurs.

**3. Domaine langagier :** Ce domaine comprend l'acquisition par l'enfant d'aptitudes à exprimer ses besoins et à communiquer ses pensées ainsi qu'à comprendre ce que l'on lui dit. Exemples : vocalisations, babil, dire « mama » ; montrer un doigt un objet qu'il veut ; suivre des instructions ; parler pour que les autres le comprennent ; chanter les paroles d'une chanson mémorisées.

**4. Domaine socio-affectif :** Ce domaine comprend les interactions de l'enfant avec autrui et la manifestation d'émotions ainsi que l'aptitude à maîtriser les émotions (par exemple à se calmer lorsqu'il s'est fait male). Autres activités relevant de ce domaine : sourire quand on le regarde, jouer avec d'autres enfants, embrasser et donner des baisers, montrer du doigt quelque chose d'intéressant, pleurer au départ d'une personne importante (père ou mère), imiter d'autres enfants.

**Chacun de ces domaines du développement est essentiel ; ils s'appuient les uns sur les autres et certaines activités relèvent de plusieurs d'entre eux.** Par exemple le jeu simulacre exige des aptitudes socio-affectives ainsi que cognitives ; le fait de suivre des instructions relève du domaine du langage et du domaine cognitif ; jouer à « coucou-beuh » combine des capacités cognitives et socio-affectives. (Liliane, M. 1991, p 38).

#### **4. Les 04 Besoins Affectifs fondamentaux des enfants (et comment les satisfait) :**

De quoi les enfants ont-ils besoin du point de vue affectif ? Qu'est-ce qui contribue à leur épanouissement ?

- 1. La confiance**
- 2. Se sentir exister**
- 3. Se sentir accepté**
- 4. Se sentir apprécié**

##### **4.1. La confiance :**

La confiance revêt plusieurs formes :

**La confiance de base :** qui confère le sentiment de sécurité intérieure. Ce sont les contacts aimants avec les parents, les phrases comme « Je t'aime ».

- Tu existes pour moi, tu es important pour moi
- Je te regarde
- Je te respecte  
qui contribuent à instaurer cette confiance de base.

**La confiance dans l'autre :** qui s'établit dès les premiers jours par les réponses aux besoins de la figure d'attachement :

**La confiance en ses sensations, en ses perceptions, en ses émotions :** C'est l'empathie qui permet de développer cette confiance chez l'enfant : écoute, accueil et verbalisation des émotions.

- Tu as le droit d'être triste, en colère, heureux...
- Quelle est l'intensité de ton émotion
- Je vois que ceci te blesse, je suis là
- Il est important de savoir que la confiance et la connaissance de nos émotions permet de prendre de meilleures décisions.

**La confiance en ses pensées propres qui permet de résister aux influences sociales et de s'affirmer :**

- Qu'en penses-tu ?

Est la phrase de base à répéter régulièrement aux enfants. La proposition de choix aide aussi à construire un schéma de pensée

- Tu préfères ceci ou ceci ?
- La reconnaissance de la différence est également essentielle.
- Tu as le droit d'être différent, de penser différemment, d'agir différemment.
- Tu as le droit d'avoir tes propres idées.
- Enfin, le message « Tu es toi et je suis moi » favorise l'affirmation de soi.

**La confiance en ses ressources créatives, en ses compétences, en ses capacités :** Les phrases suivantes développent cette confiance.

- Tu es capable
- Tu peux le faire
- Tu as les ressources en toi pour réussir
- Tu as le droit d'échouer
- Il est important de se tromper pour apprendre
- Plus tu t'exerceras, plus tu seras compétent
- Tu as le droit de ne pas être parfait
- Tu as le droit de faire des erreurs
- Tu as le droit d'échouer et de te relever. C'est ainsi que tu as appris à marcher
- Tu as le droit d'avoir tes propres idées

**La confiance en nos compétences relationnelles :** qui nous fait prendre conscience de notre aptitude à apporter quelque chose aux autres.

- Tu peux aller vers les autres
- Tout le monde partage les mêmes émotions et les mêmes besoins
- Tu as droit à ta place
- Tu es utile par ta simple présence
- Tu as autant de valeur que les autres. Toute vie humaine a une valeur
- Tu participes à l'humanité
- Tu as le droit de demander, de donner, de recevoir, de refuser

**4.2. Se sentir exister :**

Ce sentiment de se sentir exister se nourrit de l'attention et de la présence des parents. Ceux-ci doivent donc donner des preuves de leur attention, par exemple en décrivant sans juger les actes de l'enfant ou encore en offrant des temps de présence exclusif en éloignant toute source de distraction ou d'éparpillement (comme les smartphones ou la TV).

**4.3. Se sentir accepté :** L'enfant a besoin de savoir que quoi qu'il fasse, il ne sera pas rejeté. Cela ne signifie pas que tout est permis évidemment. Les règles sont à respecter car la sécurité et le développement de l'enfant en dépendent. En cas de transgression, il sera nécessaire de partager notre ressenti et de rappeler les impératifs mais sans rejeter, humilier, ordonner, menacer ou étiqueter.

Le sentiment d'être accepté est particulièrement lié à l'expression de l'amour inconditionnel « je t'aime parce que tu es toi ».

**4.4. Se sentir apprécié :**

- J'aime vivre avec toi
- J'admire la façon dont tu te conduis
- J'aime te regarder faire ceci
- J'adore jouer avec toi

Sont autant de phrases qui renforcent ce sentiment d'être apprécié. C'est un véritable moteur pour avancer sereinement dans la vie et prendre des initiatives. (Catherine, J. 1997, p 134).

5. Chronologie du développement normal :

Tableau N°1 :

Age	Moteur grossier	Moteur fin	Parole- Langage	Cognitif/ jeu	Social/Emotionnel
<b>1 mois</b>	Réflexes primitifs, Moro  Position en flexion (enfant replié sur lui-même, jambes et bras fléchis)	Réflexe de préhension primitif (grasping)	Pleurs variés si a faim, douleur ou est fatigué  Sursaute au bruit intense ; réaction aux sons	Capable de regarder les objets à une distance d'environ 15 à 20 cm	Auto-apaisement quand on lui parle ou chante une chanson
<b>2 mois</b>	Élève sa tête à 45 degrés sur le ventre	Tient des objets placés dans sa main (ex. un hochet), mais est incapable de le relâcher de façon volontaire	Gazouille et émet des sons  <b>Pas de sourire à 3 mois est préoccupant.</b>	Suit des yeux selon un arc horizontal, peut suivre à 180 degrés	Sourire social (réagit à la voix et sourires qui lui sont familiers)
<b>4 mois</b>	Élève sa tête à 90 degrés sur le ventre  Tourne du ventre au dos  Tête suit l'axe du corps lorsqu'on le tire en position assise	Capable d'aller chercher des objets devant lui  Ramène ses mains vers la ligne médiane et les place sur son visage ou à sa bouche	Gazouille, crie et rie aux éclats (fait plus de sons)	Regarde ses mains, joue avec elle, les amène à sa bouche	Se retourne lors d'une conversation familière
<b>6 mois</b>	S'assoit lorsqu'on le tire  Assis en tripode  Se tourne facilement du ventre au dos et du dos au ventre	Maitrise de la fermeture et de l'ouverture de la main  Transfert d'objet d'une main à l'autre	Aime crier  Babille ; joue avec les syllabes	Suit des yeux objet en chute  Frappe les objets ensemble	Anxiété face aux étrangers (réaction négative)
<b>9 mois</b>	S'assoit bien à partir de la position à quatre pattes  Se traîne à 4 pattes	Pince inférieure pour saisir les objets  Mange avec les doigts	Maman et papa non spécifique  Réagit au non	Permanence de l'objet  Fait jeux tape-tape, aime jouer au jeu faire coucou	Anxiété de séparation (ex. pleurs lorsque se sépare de sa mère)
<b>12 mois</b>	Se met debout sans aide  Marche quelques pas ; facilement	Pince fine ; capable de ramasser des petits objets comme des	Premiers mots (dit en moyenne 4 mots bien reconnaissables)	Imite les gestes de son entourage  Vide et rempli	Pointe objet de son désir  Anxiété de séparation encore

	avec l'aide d'un adulte ou objet  Monte escalier, mais ne le descend pas	miettes de pain	Comprend consignes simples  Vient lorsque l'on dit son nom	un contenant ; utilise les objets	présente
<b>18 mois</b>	Se penche et se relève  Court  Monte l'escalier en tenant la rampe  <b>Un enfant qui ne marche pas à 18 mois est préoccupant.</b>	Empile 2 à 3 cubes  Gribouille avec crayon  Aide pour son déshabillage  Se nourrit plus facilement avec cuillère ou fourchette	Utilise de 10-25 mots  Monte 1 ou 2 images dans un livre à la demande  Comprend et exécute consignes simples  <b>&lt; 10 mots à 18 mois est préoccupant.</b>	Jeux symboliques  Imite activités des adultes en faisant semblant (ex. faire le ménage)	Donne caresses et baisers à ceux qui l'aime  Plus indépendant ; se concentre sur une activité pendant minimum 5 minutes  Demande de l'aide au besoin
<b>2 ans</b>	Monte et descend l'escalier en tenant la rampe et sans alterner  Court et saute sur place  Lance un ballon avec les mains	Tient crayon comme adulte avec trois doigts ; gribouille  Tour de 6 ou 7 blocs  comprend la différence entre droite et gauche	Fait des phrases de 2 ou 3 mots  Connait 50 mots et plus  Comprend et exécute consignes plus complexes (en 2 étapes)  Pointe 8 parties du corps	Résolution de nouveau problème	Approche autres enfants et joue à proximité d'eux  Plus indépendant dans ses jeux  Utilise le non et le c'est à moi ; possessif.
<b>3 ans</b>	Pédale en tricycle  Descend et monte les marches en posant un pied sur chaque marche	Utilise les ciseaux avec une seule main  Tour de 8 ou 9 blocs  Dessine cercle et ligne verticale  S'habille seul (mais incapable de boutonner ses vêtements ou de lacer ses souliers)  Apprentissage propreté	Parole 75% intelligible  Dit son nom, âge et sexe  Connait 300 mots et plus  Pose des questions Qui ou pourquoi ?	Compte jusqu' à 3  Jeux symboliques  Nomme 2 couleurs  Complète casse-tête  Trie les formes	Joue avec autres enfants ; partage. Se sépare facilement  Jeux coopératifs  Jeux de rôles- fait semblant (ex. docteur)
<b>4 ans</b>	Saute sur un pied (2 à 5 fois sur un	Dessine un cercle et une	100 % intelligible  Phrases correctes	Compte jusqu'à 10	Aime jouer avec autres enfants

	<p>même pied)</p> <p>Descend les marches en alternant les pieds</p> <p>Grimpe sur échelle</p>	<p>croix</p> <p>Tour d'au moins 10 blocs, pont ou escalier</p> <p>Découpe en ligne droite avec ciseaux</p> <p>Bonhomme de 3 parties (têtard)</p> <p>Boutonne ses vêtements</p> <p>Mange proprement fourchette ou cuillère</p>	<p>grammaticalement</p> <p>Raconte des histoires plus complexes</p>	<p>Compte 5 objets au minimum en les pointant du doigt</p> <p>Reconnaît au moins 6 couleurs (blanc, noir, rouge, bleu, jaune, vert)</p>	<p>Jeux de fantaisie</p>
<p><b>5 ans</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tient en équilibre sur une jambe au moins 5 secondes</li> <li>• Sautille (jeu de marelle)</li> <li>• Début bicyclette (avec petites roues d'entraînement)</li> <li>• Lance et attrape une petite balle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproduit croix et carré</li> <li>• Dessine un bonhomme avec 6 parties au minimum</li> <li>• Découpe formes plus complexes (avec courbes par exemple)</li> <li>• Capable d'utiliser une fermeture</li> <li>• Écrit son nom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phrases construites et complètes</li> <li>• Utilise le futur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte jusqu'à 20</li> <li>• Connait la plupart des couleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A un groupe d'amis préféré</li> <li>• Suis les règles, jeux avec règlements</li> </ul>

Source: Papalia D. E., Olds S., Feldaman R. 2010, p51.

**6. Etapes importantes :****Tableau N°2 :** Etapes de développement importantes :

<b>Étape de développement</b>	<b>Âge moyen pour l'acquisition</b>	<b>Acquisition tardive</b>
Sourire lorsqu'entend la voix de ses parents	1 mois	6 semaines
Roucoulement	6 semaines	2 mois et 3 semaines
Suit du regard un objet (180 degrés)	2 mois et 2 semaines	3 mois et 3 semaines
Tourne du ventre au dos	4 mois et 2 semaines	6 mois
Babillage	5 mois	9 mois
Transfert un objet d'une main à l'autre	6 mois	8 mois
S'assied sans aide	9 mois	11 mois
Pince inférieure pour saisir objets	8 mois et 2 semaines	14 mois
Maman et papa non spécifique (Mamama et papapa)	9 mois et 2 semaines	13 mois
Premiers pas (sans aide)	12 mois et 2 semaines	15 mois
Dit trois mots (en excluant papa et maman)	13 mois et 2 semaines	18 mois et 1 semaine
Imitation des adultes	15 mois	18 mois
Désigne au moins 6 parties du corps	15 mois	18 mois
Se déshabille en partie sans aide	18 mois	24 mois
S'habille sans aide	3 ans et 6 mois	4 ans et 6 mois
Dessine un bonhomme avec au moins 3 parties	3 ans et 9 mois	4 ans et 9 mois

Source: Papalia D. E., Olds S., Feldman R. 2010, p 19.

### 7. Drapeaux rouges :

**Tableau N°3 :** Voici quelques drapeaux rouges, aussi la régression ne s'explique jamais et doit toujours être investiguée.

Âge	Signaux d'alarmes
6 semaines	Pas de contact visuel
2 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de sourire</li> <li>• Pas de contrôle de la tête</li> </ul>
6 mois	Persistance du réflexe de Moro
8 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité à se tenir assis</li> <li>• Incapacité de se tourner ventre-dos</li> </ul>
12 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne fait pas la pince</li> <li>• Ne fait pas bye-bye ou bravo</li> </ul>
18 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne marche pas</li> <li>• Ne prononce aucun mot</li> </ul>
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît moins de 20 mots</li> <li>• Ne court pas</li> </ul>
À tout âge	Une régression est toujours inquiétante

Source : Ey H. 1989, p 23.

## 8. Les caractéristiques de la période d'âge de (7) à (11) ans :

Dans notre recherche nous avons travaillé sur les enfants diabétiques âgés entre (7) à (11) ans. Car à cet âge l'enfant se trouve disponible pour de nouveaux centres d'intérêt. On parle alors « d'âge de la raison ».

**J.Piaget** affirme dans ses recherches qu'à cette période la compréhension des relations spatiales et des liens de causalité augmentent. Ainsi que **S.Freud** la nomme « Phase de latence », ou il observe une prévalence de tendresse sur les désirs sexuels, le développement de l'amitié et des jeux sociaux.

De nouveaux progrès cognitifs permettant à l'enfant de faire des opérations mentales, sa pensée devient à la fois plus souple, moins égocentrique, et de plus en plus logique et efficace. L'acquisition des différentes notions de conservation illustre bien cette évolution de la pensée, laquelle devient réversible. Le langage, l'attention et la mémoire, des instruments indispensables à la scolarisation, se développent également.

**(Papalia D. E., Olds S., Feldman R. 2010, p, 197).**

Cet âge dit de raison coïncide en effet avec l'entrée à l'école, une étape majeure du développement de l'enfant. La réussite scolaire dépend alors notamment du sentiment d'efficacité personnelle ressenti par l'enfant de sa santé physique, mais aussi de l'encadrement de l'appui de ses parents et de l'ensemble des ressources du système éducatifs.

**(Ibid., p197).**

### Conclusion :

Pour conclure ce chapitre on peut dire qu'il est difficile d'établir une marge claire entre les différentes étapes de développement. Ainsi que les caractéristiques sont individuelles, différent d'un enfant à enfant à un autre.

*Chapitre III :*  
*L'énurésie*

**Préambule :**

Dans ce chapitre nous allons aborder la thématique de l'énurésie infantile. On va commencer d'abord par la définition de l'énurésie puis on passe aux critères diagnostique, après on va essayer d'évoquer les types d'énurésie brièvement. On passera ensuite à l'étiologie de cette dernière et les troubles associés, en dernier lieu viendra le traitement.

**1. Quelques définitions :**

- **Enurésie :** Emission involontaire d'urine, généralement nocturne, persistant ou apparaissant à un âge où la propreté est habituellement acquise.
- **(le petit Larousse dictionnaire encyclopédique, paris 1997).**
- **Enurésie :** Emission d'urine dont le déclenchement est involontaire et inconscient, le plus souvent pendant le sommeil. **(Bloch H. et all., 2002, p 434).**
- **Enurésie :** Consiste en des mictions répétées dans les vêtements ou dans le lit, pour lesquelles aucune cause organique ou effet physiologique direct d'une substance n'a été repérée à un âge où la propreté devrait être acquise. **(Gueniche K., 2007, p51.)**

**2. L'historique de l'énurésie :**

Si l'on en croit le papyrus **Ebers**, vieux de 3500 ans, l'énurésie préoccupait déjà nos ancêtres égyptiens. Probablement aussi vieille que l'Homo sapiens, l'énurésie a été présente dans toutes les civilisations, elle a touché toutes les classes sociale mais les défavorisées plus que les autres. On la retrouve sur tous les continents, elle a souvent une incidence familiale. De tous temps l'énurésie a frappé les imaginations, donné lieu à des interprétations variées et débouché sur des traitements parfois barbares les diversités de ces traitements en dit long sur la richesse des hypothèses pathogéniques proposées au cours des siècles. D'une façon générale, ces hypothèses se sont concentrées sur : le psychisme de l'enfant, la qualité de son sommeil, la fonction de sa vessie et d'éventuels troubles de sa diurèse. C'est du moins ce que nous suggère l'histoire. **(Cochat P., 1997, p17).**

**3. Les critères diagnostiques d'énurésie selon le DSM5 :**

a) Mictions répétées au lit ou dans les vêtements, qu'elles soient involontaires ou délibérées. Le comportement est cliniquement significatif, comme en témoigne soit une fréquence de 2 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs, soit la présence d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel) ou dans d'autres domaines importants.

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

c) Le comportement n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : diurétiques, antipsychotiques) ni à une autre affection médicale (par exemple : diabète, épilepsie).

#### 4. Les types d'énurésie :

Comme on sait tous l'énurésie se définit comme des mictions répétées et involontaires, et cette dernière peut être de type secondaire comme elle peut être de type primaire. Comme on doit citer aussi dans ce qui suit les deux sous types importants qui sont l'énurésie nocturne et diurne

##### 4.1.L'énurésie primaire :

L'énurésie la plus fréquente, survient chez un enfant n'ayant jamais acquis la propreté depuis la naissance. L'énurésie primaire est présente chez environ 30% des enfants de 4ans, 10% des enfants de 6ans ,5% des enfants de 10ans , 1à 2% des adolescents de 18ans et 0,5 % des adultes. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles. L'énurésie primaire est dix fois plus fréquente que l'énurésie secondaire. (**Billiard M., 2007, p 252**).

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

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

##### 4.2.L'énurésie secondaire :

L'énurésie dite secondaire survient au terme d'une période de propreté d'au moins de 6mois, un facteur déclenchant est alors souvent retrouvé. **B.Hallgren** considère qu'il y a énurésie secondaire quand (avant l'âge de 4ans) l'enfant n'a pas mouillé son lit pendant une année ou plus sans interruption. L'énurésie secondaire est plus rare que l'énurésie primaire. Environ 80%% des enfants atteints du trouble sont des énurétiques primaire, les 20% restants sont des énurétiques secondaires.

L'énurésie secondaire est peut résulter de nombreuses causes :

- ✓ Une incapacité à concentrer ses urines en rapport avec un diabète sucré, un diabète insipide ou épirogénique.
- ✓ Une augmentation du volume urinaire secondaire à l'ingestion de caféine ou de médicaments diurétiques.

- ✓ Une pathologie de tractus urinaire, infection, vessie irritable, malformation de l'arbre urinaire.
- ✓ Une pathologie neurologique, crises épileptiques ou vessie neuro-génétique
- ✓ Un stress psychologique, mauvaise entente, divorce des parents ou difficultés scolaires. (Billard M., 2007, p 254).

#### 4.3. L'énurésie nocturne :

Le terme d'énurésie nocturne est souvent utilisé pour parler d'un enfant qui a trois ans et au-delà, continue à mouiller son lit la nuit de façon plus au moins régulière, souvent en l'absence d'incontinence diurne et de trouble mictionnels.

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

De l'énurésie s'applique en cas d'incontinence répétée la nuit ou le jour pour des enfants d'au moins 5ans. (Nevid J.et all., 2008, p 331).

#### 4.4. L'énurésie diurne :

L'énurésie diurne survient en l'absence d'énurésie nocturne et il est parfois appelé simplement incontinence urinaire, les sujets atteints d'énurésie diurne peuvent être réparti en deux groupes : un groupe d'incontinence impérieuse ou l'énurésie est caractérisée par des crises impérieuses soudaines et une instabilité du détrusor, tandis que les sujets présentent une « vidange différée » se portent consciemment l'envie d'uriner jusqu'à ce qu'il en résulte une incontinence. (DM5, 2013).

L'énurésie diurne résulte d'une paralysie de vessie qui amène sa distension et le reflux par regorgement, d'une inflammation de vessie, de la prostate, d'une maladie de la moelle, du cerveau, etc.... (Bouchut E., 2007, p 695).

#### 5. L'étiologie de l'énurésie :

L'énurésie est un symptôme qui attire l'attention sur la santé psychique et physique de l'enfant et pour expliquer ce syndrome plusieurs courants et auteurs ont tenté de décrire et expliquer les causes étiopathogénique de l'énurésie infantile. 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.

### 5.1. Les facteurs psychologiques :

Pour tout enfant, l'apprentissage de la propreté s'inscrit dans une dimension triple :

- Psychoaffectif : l'acquisition de la propreté se fait à un moment de l'évolution personnelle de l'enfant.
- Interaction : avec ses parents et sa fratrie.
- Sociale : le fait d'être propre est déterminant, notamment pour l'entrée à l'école.
- Il faut affirmer que les énurésies n'ont pas toutes des causes psychologiques, il est plus pertinent de considérer que :

D'une part, l'énurésie peut avoir une signification symbolique individuelle qui peut être régressive, agressive, passive ou érotique.

D'autre part, elle peut également avoir une fonction, se servant à exprimer une souffrance ou capter l'attention des proches.

Parmi les facteurs psychologiques individuels qui interviennent dans l'énurésie, **Husmann** a pu distinguer trois éléments principaux. (**Husmann Da., 1996, P 48**).

**A)** Le développement cognitif : qui doit permettre à l'enfant de se sentir le besoin d'anticiper et s'adapter au contexte.

**B)** L'investissement libidinal des fonctions d'excrétion qui sont source de plaisir (plaisir de soulagement de la tension et plaisir de la maîtrise). (**Cochat P., 1997, p 319**).

**C)** L'érotisation de la miction : rapportée à travers de nombreux écrits notamment ceux de **Rimbaud**, et **Aksis**. (**Gimpel Ga. et all., 1998, p 23-30**).

**D)** La situation de l'enfant dans le groupe familial a aussi un impact : il est certain par exemple que le niveau d'exigence des parents vis-à-vis d'un petit dernier est moindre qu'il ne l'a été vis-à-vis de l'ainé.

**E)** Les événements et les conflits familiaux interviennent également le plus souvent dans les énurésies secondaires, la naissance d'un frère ou d'une sœur, une circonstance classique de réapparition de l'énurésie. (**Robinson JC. et all., 2003, p124-128**).

Parfois on peut trouver des événements beaucoup plus graves, telle la disparition des parents, qui peuvent entraver l'évolution psychoaffective de l'enfant et retarder l'acquisition du contrôle sphinctérien. De même que des attitudes éducatives rigides ou négligentes peuvent gêner la sécurité affective indispensable à tout apprentissage.

### 5.2. Les facteurs génétiques :

L'énurésie a été associée aux retards du développement des rythmes circadiens normaux de la production urinaires aboutissant à une polyurie nocturne, à des anomalies de la sensibilité des récepteurs centraux de la vasopressine et une réduction des capacités fonctionnelles de la

vessie hyperactive ( syndrome de la vessie instable). L'énurésie nocturne est un trouble génétiquement hétérogène. L'influence de l'hérédité a été démontrée par des études familiales, des études sur les jumeaux et des analyses de ségrégation. Le risque d'énurésie nocturne durant l'enfance est environ 3,6 fois plus élevé si le père a des antécédents d'incontinence urinaire. L'importance du risque pour l'énurésie nocturne et l'incontinence diurne est similaire. (DSM5., 2013, p 418-419).

### 5.3. Les facteurs somatiques (vésicaux) :

Il y a énurésie quand l'émission est involontaire et inconsciente. Il y a incontinence quand l'émission d'urine est involontaire mais consciente. Dans ce dernier cas, les efforts du malade pour se retenir restent vains et les mictions sont anormales.

Selon **Soulé**, il faut, avec juste raison, distinguer formellement les deux termes et réserver à chacun une signification pathologique précise afin d'éviter toute confusion. Avant de parler des facteurs vésicaux dans l'incontinence urinaire on doit souligner l'importance du diagnostic différentiel qui se pose essentiellement par rapport à l'incontinence d'urine qui traduit l'existence d'une lésion organique précise, mécanique, nerveuse ou inflammatoire

On peut distinguer les facteurs vésicaux suivants :

- L'immaturation vésicale :L'enfant passe par une période de transition de durée variable, avant d'acquérir une complète maturité mictionnelle. L'acquisition de la propreté survient généralement entre 2 et 5ans. L'instabilité vésicale s'observe chez des enfants neurologiquement normaux, ayant atteint l'âge théorique d'acquisition de la propreté. Cette situation concerne le plus souvent les filles.(**Husmann Da., 1996**).

La sémiologie de l'instabilité vésicale n'est ni constante ni spécifique, mais généralement évocatrice :

- Les pertes urinaires diurnes sont fréquentes et d'abondance variable selon les amplitudes des contractions et l'activité du sphincter strié. Ainsi une contraction de haute pression est associée à une faible réponse sphinctérienne, ce qui est à l'origine de pertes importantes. En revanche, si l'activité du sphincter est intense, les pertes sont moindres.

(**Mini DSM-4, 2004, p 306-312**).

- Les fuites nocturnes sont pratiquement toujours présentes, parfois répétées au cours de la nuit.

- L'urgence mictionnelle, avec des mictions impérieuses et pollakiurie son souvent associées. La persistance d'une vessie non inhibée qui se contracte de façon anarchique, se traduit par des envies fréquentes d'uriner, à partir d'un volume urinaire inférieur à la capacité vésicale. (**Collignon H., 2004, p 635- 638**).

Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique constituent le plus souvent des arguments suffisants. Il convient donc de limiter les examens para clinique a des cas particuliers l'examen le plus logique est l'exploration autodynamique, notamment la

cystomanométrie qui représente un complément diagnostique intéressant, bien que le plus souvent inutile. Elle permet de définir cette pathologie et de mieux comprendre les signes cliniques.

Dans l'instabilité vésicale, les contractions non inhibées du détrusor sont retrouvées au cours du remplissage avant d'atteindre la capacité vésicale. Ces contractions anarchiques et amples, responsables de pics d'hyperpression, déclenchent une augmentation volontaire de l'activité de sphincter strié afin d'assurer la continence. Plus l'activité sphinctérienne est intense, plus la pression end vésicale augmente, ce qui provoque un débit explosif et une impériosité mictionnelle. **(Himsel KK. Et all., 1991, p 283).**

#### **5.4. Le facteur sommeil :**

Survenant par définition la nuit, l'énurésie nocturne a de toute évidence des rapports étroits avec le sommeil. Cette responsabilité de la qualité du sommeil a été déjà rapportée par ARISTOTE 300 ans avant notre ère. **(Cochat P., 1997, p 319).**

L'interrogatoire des parents d'enfants énurétiques retrouve fréquemment la notion de sommeil profond. Ce qui ne permet pas à l'enfant de se réveiller à temps, avant ou même pendant la fuite urinaire nocturne ou lors de la sieste. Afin d'essayer de comprendre le rapport qui pourrait exister entre l'énurésie et le sommeil, il est important de faire un bref rappel sur le sommeil : le sommeil est un état physiologique survenant périodiquement et caractérisé par la réduction de l'activité, le relâchement du tonus musculaire et la suspension de la conscience.

La nomenclature internationale distingue les états de veille, le sommeil paradoxal et le sommeil lent, lui-même subdivisé en quatre stades. Outre l'état de veille qualifié de stade 0, on définit 5 stades dans le sommeil :

##### **5.4.1. Les stades du sommeil lent :**

Stade 1 : endormissement avec persistance d'un certain tonus musculaire et de quelques mouvements oculaires lents. Le seuil d'éveil est très bas.

Stade 2 : apparition d'accidents caractéristiques, l'hypotonie musculaire est modérée mais toute l'activité oculaire a disparu. Le seuil d'éveil demeure bas.

Stade 3 et 4 : l'hypotonie musculaire est majeure et l'activité oculaire est nulle. Le seuil d'éveil est élevé, tout particulièrement au stade 4.

**5.4.2. Le sommeil paradoxal ou stade 5 :** L'activité EEG est proche de celle de l'endormissement mais le seuil d'éveil est très élevé.

L'activité oculaire est intense. Le tonus musculaire est aboli à l'exception de brèves contractions des petits muscles de la face et des extrémités. Une érection pénienne est habituellement constatée chez les garçons. **(Neveus T. et all., 1999, p 1193-1197).**

Pour certains auteurs **(Avrous, Broughton)**, l'épisode énurétique peut survenir à tous les stades EEG du sommeil. Il est le plus souvent précoce dans la nuit et se produit durant le ou les

premiers cycles du sommeil. En passant d'un stade 3 ou 4 à un stade 2 ou 1, les enfants mouillent leur lit sans se réveiller. Plus rarement, l'épisode énurétique est tardif dans la nuit et se produit alors au décours d'une phase de sommeil paradoxal.

Pour d'autres auteurs (**Siller, Rubson**), l'épisode énurétique survient au décours du sommeil lent, à un stade EEG proche de l'état de veille. La fuite urinaire ne réveille pas l'enfant. Il semble donc s'agir d'une perturbation de la fonction d'éveil indépendante de tout onirisme ou de tracé EEG de type épileptique.

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que les enfants énurétiques n'ont pas d'anomalies de l'organisation du sommeil. Mais la réaction d'éveil est perturbée, tout particulièrement celle induit par la répétition vésicale. (**Mini DSM-4, 2004, p 384**).

Trois notions importantes sont donc impliquées au sein du facteur sommeil : La profondeur du sommeil lui-même, l'hyperpression vésicale liée à l'immaturité vésicale manifeste ou latente et le seuil d'éveil qui représente les possibilités de l'enfant à se réveiller. (**Husmann DA., 1996**).

## 6. Autres facteurs :

- Syndrome de déficit d'attention : certaines études montrent une fréquence plus élevée d'énurésie chez les enfants présentant un syndrome de déficit d'attention, surtout chez les plus de 10ans.
- L'obstruction des voies aériennes supérieures peut favoriser l'énurésie par le biais de l'hypercapnie en augmentant la production d'urine nocturne.
- La constipation chronique : une ampoule rectale distendue, empêcherait le bon fonctionnement de la vessie. (**Cher TW. Et all., 2002, p 1142-1146**).

## 7. Les troubles associés :

De façon générale, les enfants souffrant d'énurésie ne présentent pas de problèmes de comportements importants. Ils sont souvent inhibés et vivent des sentiments d'anxiété, de culpabilité et de gêne. Les difficultés que vivent ces enfants sont d'avantage associées aux limites que l'énurésie impose sur leurs activités sociales et au sentiment d'être rejeté par leurs pairs ou leurs parents. Bien que la majorité des enfants ayant un problème d'énurésie ne présentent pas de troubles mentaux, ils sont toutefois plus fréquents dans cette population que dans la population générale. L'encoprésie, le somnambulisme et les terreurs nocturnes sont des troubles mentaux pouvant être associés à l'énurésie. De plus, les infections urinaires sont plus fréquentes chez ces enfants. (**Ebwel J., 2014, p 231**).

## 8. La prise en charge de l'énurésie :

L'absence de traitement reconnu efficace dans l'énurésie, ouvre la porte à des nombreuses possibilités : médicaments, psychothérapies, méthodes de conditionnement, médecines douces, etc... Les habitudes varient suivant les pays et les cultures. Mais, dans la mesure où il s'agit de corriger une anomalie béguine et d'améliorer le confort d'un enfant.

### 8.1. Le traitement médicamenteux :

Le traitement pharmacologique est fréquemment utilisé au près des enfants souffrant d'énurésie, en citant quelques traitements efficaces pour cette dernière :

- La desmopressine : les enfants chez qui une polyurie nocturne a été confirmée répondent généralement à la desmopressine (DDAVP) comme traitement de première intention. La DDAVP est un nonapeptide synthétique analogue de l'hormone antidiurétique qui diminue la production d'urine. Elle est actuellement prescrite essentiellement sous forme lyophilisée sublinguale (comprimés de 60 ug, 120 ug) chez l'enfant de plus de six ans. Sa biodisponibilité est de 60% supérieure à celle du comprimé. Toutefois, sa durée d'action est plus courte (de 7 à 11 heures), ce qui correspond cependant à la durée usuelle du sommeil chez l'enfant.

**(Lottman H. et al., 2007 p 60- 1454).**

Son efficacité est jugée sur la diminution d'au moins 50% de nuits mouillées ou sur une moindre abondance des accidents surtout chez l'enfant polyurique nocturne. Si l'enfant est sensible au traitement, le délai d'action est rapide et serait efficace après quatre semaines chez 60% à 70% des enfants. Comme certains enfants y réagissent plus tardivement, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant trois mois avant de procéder à une nouvelle évaluation, le traitement devrait pas être poursuivi plus de six mois. Le taux annuel de guérison chez les enfants traités pendant une période prolongée est de 30% à 35% **(Hjalmas K. et al., 1998 p 704).**

- L'oxybutynine : Du fait de ses propriétés anti cholinergique et de relaxation des muscles lisses, l'oxybutynine (Ditropan) est essentiellement indiqué dans le syndrome d'hyperactivité vésicale ou l'énurésie est rarement isolée. Elle peut être indiquée, selon certain auteur, dans l'hyperactivité vésicale d'expression exclusivement nocturne, en cas d'échec de la desmopressine ou en association **(Averous M., 1991 p 2282).**

Les effets indésirables sont liés aux effets atropiniques de la molécule dont l'enfant est particulièrement sensible : une sécheresse de la bouche, des vertiges et de la constipation. En règle générale l'oxybutynine n'est pas indiquée dans l'énurésie isolée ou mono symptomatique.

- Les antidépresseurs tricycliques : Les imipraminiques ne sont plus indiqués, en pédopsychiatrie, chez l'enfant et l'adolescent de moins de 16ans en raison de leurs graves effets indésirables sur la fonction cardiaque. A fortiori, ils ne doivent plus être prescrits pour l'énurésie. **(Cochat P., 1997 p 14 - 107).**

**Les systèmes d'alarmes :**

C'est une méthode ancienne de conditionnement « pipi stop » dont certains soulignent les résultats très favorables à long terme (estimés à 70%). Elle repose sur l'anticipation et la prise de conscience du besoin d'uriner durant le sommeil. Le procédé est simple et sans risque : une sonnerie se déclenche dès l'émission des premières gouttes d'urines et invite l'enfant à interrompre sa miction et à se rendre aux toilettes pour terminer de vider sa vessie.

L'utilisation d'un tel appareil est souvent contraignante pour la famille qui est souvent réveillée par la sonnerie alors que le principal concerné poursuit sa nuit de sommeil malgré la fuite d'urine. Cette méthode nécessite, ainsi une bonne coopération de l'enfant mais également son acceptation par la famille, ce qui n'est pas toujours le cas d'où les nombreux abandons de traitement.

Selon la société canadienne de pédiatrie, cette méthode semble se concevoir surtout chez des enfants plus âgés dans des familles très motivées. (**Société canadienne de pédiatrie, 2005 p20-616**).

**8.2. Le traitement psychothérapeutique :**

La psychothérapie est dite « de soutien » lorsque l'enfant souffre des conséquences de l'énurésie dans sa vie quotidienne familiale et sociale. La perte de l'estime de soi, les sentiments de culpabilité et de dévalorisation et le manque de confiance peuvent traduire un véritable syndrome dépressif de l'enfant. Celui-ci peut également être masqué par divers troubles du comportement ou des conduites voire une baisse des performances scolaires. La psychothérapie est souvent proposée dans l'énurésie secondaire lorsqu'une cause psychoaffective est clairement identifiée.

La thérapie individuelle s'avère être un traitement efficace de l'énurésie secondaire sans cause organique. La thérapie est considérée comme étant une intervention indirecte, en ce sens qu'elle porte d'avantage sur la psychopathologie derrière l'énurésie (ex : les événements traumatiques vécus par l'enfant). Par contre, il est parfois nécessaire d'avoir recours à des méthodes d'intervention plus directes.

Une méthode d'intervention directe dans le traitement de l'énurésie est l'entraînement à la propreté. Cette méthode est particulièrement efficace auprès des enfants présentant une énurésie diurne. Avant d'initier un programme d'intervention comportemental, il est important d'évaluer si l'enfant a les acquis physiologiques pour apprendre les habilités d'entraînement à la propreté. Ainsi, le psychologue doit tenir compte des facteurs physiques et psychologiques pouvant influencer l'acquisition de ces habilités.

Les méthodes d'intervention les plus efficaces auprès de la population souffrant d'énurésie sont les programmes de conditionnement behavioral. Ces derniers incluent l'entraînement aux contrôles de la rétention urinaire, l'utilisation du détecteur d'urine et l'entraînement aux comportements appropriés. Tout comme dans le traitement de l'encoprésie, l'utilisation de la punition n'est pas recommandée. Il est plutôt suggéré d'avoir recours à des conséquences ayant un lien direct avec le comportement inadéquat et à des conséquences positives des comportements appropriés.

D'autres auteurs ont développé un programme d'intervention qui comprend :

- La pratique et le renforcement des habilités d'habillement.
- Le renforcement immédiat des comportements adéquats (ex : uriner dans la toilette).
- La pratique positive suite aux accidents.
- L'apprentissage par imitation.
- Pour les enfants qui présentent un délai de maturation ou une lenteur d'apprentissage, les auteurs recommandent l'utilisation d'un programme de conditionnement comportemental opérant, l'objectif principal étant l'acquisition des comportements adéquats en ce qui concerne les mictions. Ce programme intervient à plusieurs niveaux :
  - Augmenter l'absorption de liquide afin de créer des occasions de miction adéquates.
  - Etablir un horaire de miction.
  - Inciter l'enfant à uriner dans la toilette.
  - Renforcer positivement les comportements appropriés.
  - Donner des conséquences logiques aux comportements inadéquats.

L'approche la plus complète dans le traitement de l'énurésie est le traitement global. Cette dernière est efficace auprès des enfants présentant une énurésie nocturne. Elle comprend différents modes de traitement, soit :

- L'utilisation du détecteur d'urine.
- L'entraînement au nettoyage.
- L'entraînement au contrôle de la rétention urinaire.
- Le sur apprentissage.

En ce qui concerne l'entraînement au nettoyage, il est demandé à l'enfant de refaire son lit et de noter sur son tableau s'il s'agit d'une nuit « sèche » ou « mouillée ». Lors de l'entraînement du contrôle de la rétention urinaire, il est demandé à l'enfant de reporter son besoin d'uriner à plus tard. Le délai augmente progressivement (jusqu'à 45 minutes) et l'enfant est renforcé par des récompenses tangibles. Pour certains, il est également demandé à l'enfant de boire du liquide tout en essayant de reporter son besoin d'uriner. Lorsque l'enfant aura comptabilisé 14 nuits « sèches » consécutives, il passera à la phase de sur apprentissage. Ce programme a démontré un taux de succès de 70%. (Ebwel JM., 2014 p 232-234).

## Conclusion

L'énurésie comme on la abordé dans ce chapitre peut être une conséquence de différents facteurs organique, psychologique ou génétique. Mais ce qui est important pour nous c'est l'aspect psychologique plus précisément la dimension de l'estime de Soi qui influencée par l'énurésie infantile.

# *Partie méthodologique*

*Chapitre IV :*  
*La Méthodologie de*  
*Recherche*

## Préambule :

Comme chaque recherche après avoir présentées nos chapitres théoriques, on passe maintenant au chapitre méthodologique qui est un fil conducteur entre le coté théorique et le coté pratique notre recherche suite une démarche scientifique bien précise, en utilisant des outils et des instruments divers tout au long de la recherche sur le terrain.

Pour bien expliquer le déroulement de notre étude à travers ce chapitre nous allons présenter la méthodologie adoptée. Dans ce fait nous exposons d'abord la pré enquête, la présentation des lieux de recherche, notre échantillon d'étude, la méthode de recherche, les techniques de recherche, notre guide d'entretien, l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, le déroulement de la recherche, les limites de la recherche et on termine par une conclusion.

### 1. La pré-enquête :

La meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dit. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

L'importance de la pré-enquête apparaitre dans la définition suivante : « la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et sur tout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifiées, de même, la pré-enquête permette de fixer en maillure connaissance de cause, les objectifs précis, si bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. (Omar Aktouf, 1987, p 102).

Autrement dit, la pré-enquête nous permet la découverte de notre terrain d'études et d'enrichir par dès les références bibliographique et de pouvoir limiter et cerner notre thème de recherche, on améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'information. Comme elle nous permet également de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité de notre guide d'entretien et notre échelle.

**Chauchat** définit la pré-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique, et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directs ». ( Chauchat 1999, p.63).

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de **L'EPSP D'EL-kseuret de L'UDS** (unité de dépistage scolaire) qui se situe au lycée technicum EL-kseur. On a demandé aux différents psychologues de nous citer quelques cas d'enfants énurétiques, l'une des

psychologues nous a aidé a rencontrés 7 enfants qui présentent l'énurésie, on a pu passer l'entretien clinique et l'échelle de Cooper Smith a deux patients seulement car les deux autres enfants ont refusés de parler. Cette première investigation qui est une étape primordiale et importante dans toute recherche scientifique.

Le but de cette recherche est d'assurer de la fiabilité de notre recherche par rapport à l'existence de notre échantillon d'étude, la pertinence des hypothèses, et les conditions d'étude. Ensuite, ont informé ces enfants sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leur situations et aussi appliquer le test d'estime de soi de Cooper Smith qui nous permettra d'évaluer le degré de l'estime de soi chez les enfants énurétiques.

Durant le déroulement de la pré-enquête on a constaté chez la plupart de ces enfants une sorte de timidité, le dégoût, et le mal alaise, ce qui a évoqué en nous une curiosité de bien comprendre l'état psychique de ces enfants.

Cette pré-enquête de quelque jour, nous a permis de construire le guide d'entretien et de nous assurer la présence de notre groupe de recherche sur le terrain, et le premier contact avec ces enfants a été bénéfique pour le reste de notre recherche.

## **2. Présentation des lieux de recherches :**

### **2.1. L'E.P.S.P D'EL- KSEUR :**

L'établissement public de santé de proximité d'El-kseur est un établissement à caractère administratif, doté de la personnalité moral et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'un ensemble de polycliniques et des salles de soins couvrant un bassin de population de 144526 habitants, sa consistance physiques et son espace géo-sanitaire couvrant un bassin de population sont fixées par arrêté ministériel.

L'E.P.S.P est situé au niveau de la polyclinique d'EL-kseur est issu du découpage de l'année 2008, suite au décret exécutif n 07-140 du 19 mai 2007 portant création des établissements publics de santé de proximité et les établissements publics hospitaliers. Il est composé de trois daïras qui sont : El-kseur, Amizour et Berbacha ainsi que huit communes qui sont : El-kseur, Amizour, Berbacha, Feraoun, kendira, Beni-djellil, Samaoun et Fenaia IImaten. Le siège de L'E.P.S.P est situé au niveau de la polyclinique d'El-kseur, il occupe une superficie de 481,78 km.

### **2.2. Missions :**

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégré et hiérarchisée.

- La prévention
- Le diagnostic

- Les soins de proximité
- Les consultations de médecin général et les consultations de médecins spécialisés de base
- Les activités liées à la santé reproductive et la planification familiale

La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population il est chargé également de :

- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux
- Contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé

L'E.P.S.P est constitué de quatre sous-directions :

- Sous-direction des finances et moyens
- Sous-direction des ressources humaines
- Sous-direction des activités de santé
- Sous- direction de la maintenance des équipements connexes

**N.B** : Notre stage pratique a été effectué plus précisément au sein de service intermédiaire de santé mental : enfants et adolescents. Ce service se compose de : 8 psychologues, 4 orthophonistes.

### **3. L'UDS (Unité de dépistage et de suivi scolaire) D'EL-KSEUR :**

Le lycée Salhi Hussein est situé dans la commune d'EL-kseur, wilaya de Bejaia, sur la route nationale n°26.

Il a été créé en 1995 avec un système interne d'une capacité de 1300/500.

Une superficie de 25000 m<sup>2</sup>, dont 12000 m<sup>2</sup> sont construits. Et 13000 espaces verts.

#### **3.1. Possibilités :**

La fondation Salhi Hussein contient la suite pédagogique, qui comprend :

- 22 salles, 14 bureaux administratifs
- 8 laboratoires de sciences naturelles et sciences physiques
- laboratoires ateliers d'informatique et 3 technologies
- Bibliothèque et salle de lecture
- Auditorium sport et un restaurant
- Unité de dépistage et de suivi scolaire(UDS)
- Salles des professeurs
- Auditorium et salle d'attente

**4. Le tableau N°5 : Représentation de l'échantillon étudié :**

Cas	Age	Année en cours	Nombre de classement dans la fratrie
1-Yacine	11ans	5ème année primaire	Cadet
2-Salima	11ans	5ème année primaire	Cadet
3-Khaled	11ans	1er année Moyenne	Cadet
4-Ayelimas	7ans	1er Année primaire	Benjamin
5-Lahcen	11ans	1er Année moyenne	Benjamin
6-Sawsan	10ans	5ème année primaire	Benjamine
7-Mohamed A	11ans	5ème année primaire	Cadet

Cas	Depuis combien de temps fait-il pipi au lit	Depuis combien de temps est-il suivi par le psychologue
1	Depuis un an et demi	06 mois
2	Depuis la naissance	Un an
3	Depuis un an	10 mois
4	Depuis la naissance	XX mois
5	Depuis la naissance	05mois
6	Depuis la naissance	08 mois
7	Depuis la naissance	03mois

**5. Méthode de recherche :**

Toute recherche scientifique, le chercheur doit opter pour une méthode adéquate qui varie selon les sujets traité, selon la problématique et les hypothèses élaborées. Cette méthode est un ensemble de règles pour atteindre des objectifs dans le but de vérifier nos hypothèses, nous nous sommes basées sur la méthode clinique qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, car elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet de façon d'arriver à la fin, à une synthèse sur l'estime de soi chez ces enfants.

Dans ce sens **Grawitz** (1993) définit une méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie ». La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité. (**Gumuchian H et all, p77**).

Au centre de la méthode clinique on trouve l'étude de cas, sur laquelle nous nous sommes focalisées, car il nous semble la plus convenable par notre recherche en plus c'est une méthode descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de données, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelles clinique) afin de comprendre aux lieux le sujet de manière globale.

(**Westen D, 2000, p 63**).

En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appui et les obstacles du terrain choisi. Alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Selon **Fernandez** et **Catteeuw** : « l'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte. L'observation clinique est leur fonction, elle peut consister, soit à mettre à distance l'objet pour recueillir et organiser les données, soit à aménager un espace potentiel pour l'interprétation des phénomènes cliniques ».

(**Fernandez L et Catteeuw M, 2001, p 68**).

Dans notre travail de recherche on est basée sur l'étude de cas qui permet d'étudier et d'observer notre population de la recherche.

De plus les études de cas s'avèrent fort utiles lorsque des considérations d'ordre pratique ou éthique ne permettent pas de faire appel à d'autres moyens pour recueillir des informations, ou lorsque des circonstances exceptionnelles rendent impossible l'étude de certaines questions d'ordre générale. (**Carol Tarvisetal, 1999, p.39**).

A la fin, nous pouvons déduire que la méthode clinique est une pratique pertinente qui repose sur le principal de l'individu dans sa langue, son histoire et ses pensées.

C'est ainsi qu'aux fins de notre recherche nous nous sommes servis de 7 cas pour aborder l'estime de soi chez les enfants énurétiques.

## **6. Les techniques de la recherche :**

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en science humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude, sachant que notre travail porte sur l'estime de soi chez les enfants énurétiques, nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'échelles

de l'estime de soi dans le but de mesurer le niveau de l'estime de soi chez les enfants énurétiques, ainsi que l'entretien semi-directif car il permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement et de collecter des données concernant notre thème de recherche afin de confirmer nos hypothèses.

### 6.1. Entretien clinique :

L'entretien clinique est sans doute la méthode la plus fréquemment. Elle bénéficie de l'illusion qu'elle s'agit d'une méthode « intuitive » car reposant sur la parole et ou, en dehors des questions particulières ou les individus n'ont pas accès au langage « Il suffit de parler ». Or l'entretien nécessite un savoir-faire qui s'acquiert sur la base des théories et formalisent l'entretien et bien sûr, une pratique suffisante. La conduite d'un entretien nécessite de la part du clinicien d'avoir identifié la demande du patient (« Pourquoi vient-il », d'où vient la demande ? »). Le premier temps de l'entretien se focalisera généralement sur l'anamnèse du sujet (collecter des informations retraçant le développement de l'individu : psychologique, social et familial, sur la nature de sa demande et sur les difficultés qu'il rencontre actuellement et qui l'amènent à consulter.

Durant l'entretien, le clinicien est attentif au comportement verbal et non verbal du sujet, permettant d'évaluer le niveau d'adaptation du sujet, son humeur son anxiété, son aptitude à focaliser son attention. Le clinicien évalue également la cohérence des processus de penser, la qualité de l'orientation, la conscience que le sujet a de lui-même et son environnement (qualité de son inscription dans la réalité). Les jugements réalisés ici par les cliniciens occupent une place importante dans l'évaluation psychologiques en complément d'une évaluation qui pourra s'appuyer ensuite sur des méthodes plus spécifiques.

(Nevid j. et all, 2009, p 60).

Il existe trois types d'entretiens selon l'objectif recherché :

Entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif, dans notre recherche c'est l'entretien semi-directif qui semble le plus adéquate.

### 6.2. Entretien semi directif :

Nous avons opté pour entretien semi directif car c'est le plus courant. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet. (Lavarde A. M, 2008, p 194).

Selon **Benony et Chahraoui** : « L'entretien semi-directif il se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance. Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement. Mais seulement sur le thème proposé sans

l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit ». (Benony, .Chahraoui, 2003, p134)

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, il structure l'entretien et en est un de ses fondements. (Gallon E, 2012, P 181).

## 7. Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, ce guide invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. (Anne-Marie Lavarde, 2008, p 194).

Notre guide d'entretien est composé de cinq axes, chaque axe est composé des questions principales en relation directe avec notre thème de recherche qui sont les suivants :

- **Axe 1** : Les informations personnels sur le cas
- **Axe 2** : Informations sur le plan relationnel (intrafamilial)
- **Axe 3** : Information sur le plan relationnel (extra familial)
- **Axe 4** : Information sur l'avis des parents d'enfant énurétiques
- **Axe 5** : Information sur l'avenir

### L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith :

Présentation de l'inventaire de l'estime de soi Cooper Smith (1984) : Pour mesurer le niveau de l'estime de soi de notre population d'études, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi Cooper Smith (SEI).

Selon Cooper Smith le terme « estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (Vie sociale, familiale et professionnelle). L'inventaire a donc été pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (Cooper Smith, 1984, p.10).

L'inventaire d'estime de soi à été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonge a été ajoutée, le SEI (Self Estimate Identité) comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant case « me ressemble » ou « me ressemble pas ».

Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte), la composition de l’inventaire est identique dans les deux formes : sous échelle générale, sociale, familiale, professionnel ou scolaire. Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

**Tableau N°6 :** Présente la cotation de l’échelle de l’estime de soi de Cooper Smith

Composante	Item	Numéro items	Réponses	Note
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51	Me ressemble	0
		55-56-57	Ne me ressemble pas	1
Estime de soi social	Positif	5-8-14-28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi professionnelle ou scolaire	Positif	33-37-42	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	36-45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

**Tableau :** présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith :

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

Source : **inventaire d'estime de soi Cooper Smith.**

Les items sont aussi repartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi en plus une échelle de mensonge

**Tableau:** présente les sous échelle de l'estime de soi

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle professionnelle ou scolaire	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle de mensonge	26-32-63-41-45-50-53-58

Source : **Cooper Smith, 1984, p. 10 Le mode d'administration**

**Administration et correction :**✓ **Administration :**

L'administration de SEI peut-être individuelle ou collective, la forme éclairée s'applique aux enfants et aux adolescents scolarisés, et la forme adulte aux personnes ayant terminé leur scolarité.

Au cours de l'administration il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explications, et aussi l'emploi du terme « estime de soi » doit être évité. (Cooper Smith, 1984, p. 10).

Pour la forme scolaire, les consignes peuvent être lues à haute voix par l'examineur.

Le S.E.I. se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction, en comptant 1 point par croix apparaissant à travers les repères.

**Le temps de passation :**

Le temps de passation dure environ dix minutes.

**L'analyse et cotation de l'échelle de l'estime de soi :**

La correction de ce test s'appuie sur la formulation de l'expression, ainsi on donne 1 point pour une expression négative quand le patient répond à cette dernière par « ne me ressemble pas » et on donne 0 point s'il répondrait « me ressemble ». Et pour les expressions positives on donne 1 point pour la réponse « me ressemble » et 0 point pour la réponse « ne me ressemble pas ». Pour l'interprétation de ces données, on s'est basé sur deux tableaux, le premier tableau retrace le niveau total d'estime de soi en cinq classes, le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (générale, sociale, familiale, scolaire et mensonge).

**Tableau :** Ce tableau présente le niveau d'estime de soi :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	≤18	Très bas
2	19à30	Bas
3	31à38	Moyen
4	39à45	Elevé
5	46à50	Très élevé

Source : **Intervention d'estime de soi de Cooper Smith**

A partir de ce tableau on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. La première ( $\leq 18$ ) qui est la note minimale indiquant un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (19 à 30) indique un niveau d'estime de soi bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés par une évolution négative d'eux même. Ensuite la troisième classe (31 à 38) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi, indicateur d'une évaluation positive du. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (39 à 45) considérée comme une bonne estime de soi.

Enfin la cinquième et dernière classe (46 à 50) englobant les sujets qui ont un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (**Centre de Psychologue Appliqué (CPA), 1984, p.13**).

**Tableau : Valeurs caractéristiques des échelles :**

	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Mensonge	Totale
Moyenne	18,46	5,67	4,92	4,12	2,38	33,35

Source : **Inventaire d'estime de soi de S. COOPERSMITH**

Ce tableau nous aide à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine où l'estime de soi est la plus basse ou la plus élevée.

## 8. Le déroulement de la recherche :

On a réalisé la partie pratique de notre recherche au sein de L'E.P.S.P d'el-kseur et L'UDS où s'est effectuée notre population d'étude dans une période de temps qui s'étale du 01/03/2022 au 14/04/2022.

Après avoir pris le consentement des psychologues, on a commencé notre partie pratique par la passation de l'entretien ensuite l'inventaire d'estime de soi déroulé dans un cadre favorable.

On note aussi qu'on a pris un temps plus long que prévu pour passer l'inventaire de l'estime de soi, étant donné qu'on a expliqué le sens et le contenu à nos sujets, afin d'avoir les bonnes informations sur ces enfants

### 8.1. Les limites de la recherche :

Notre thème de recherche, se focalise sur l'évaluation de l'estime de soi des enfants énurétiques et les déterminations des facteurs qui causent une faible estime de soi chez ces enfants, Notre travail sur le terrain est effectué durant quarante-cinq jours à une fréquence de deux jours par semaines à partir du 01 Mars 2022 jusqu'au 14 Avril 2022, et consiste à la passation individuelle d'entretien et de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, aux enfants

énurétiques, présent pour leur consultations dans un cadre de travail favorable ayant par la présence du psychologue. Ou nous avons constitué une population de cinq (7) cas.

### **9. Les difficultés rencontrées :**

Toute recherche correctement menée se heurte toujours à des difficultés qui semblent parfois être les principaux obstacles à son développement réussi. Cependant ces difficultés ne constituent pas des obstacles insurmontables qui entravent la recherche lorsqu'elles trouveront des solutions appropriées pour les surmonter.

Dans cette étude, les plus importantes difficultés auxquelles nous nous sommes confrontés sont :

- Manque de cas d'énurésie surtout vers la fin de l'année scolaire vu qu'ils consultent dès le début de l'année.
- Difficulté de communication avec les enfants énurétiques (timidité, faible estime de soi, ... etc.
  - Le manque de documentations sur l'énurésie.
  - Le refus de quelques parents de passation de l'entretien.
  - La plupart des parents d'enfants ne prennent pas l'énurésie comme un trouble psychologique important.
    - Les parents d'enfants ne suivent pas les thérapies jusqu'au bout.
    - La plupart des parents d'enfants énurétiques consultent pour motif des troubles de comportement comme (l'opposition, l'agressivité).

### **Conclusion :**

Nous avons consacré ce chapitre à la méthodologie qui joue un rôle essentiel dans notre recherche qui porte sur « l'estime de soi des enfants énurétiques », elle nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail, on a assimilé l'utilisation des à suivre, vu le guide d'entretien, le test d'estime de soi de Cooper Smith afin de recueillir des informations sur les sujets traités, répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses.

# *Partie pratique*

*Chapitre V :*  
*Présentation, analyse et discussion des*  
*hypothèses*

## I- Présentation des cas

### Cas : 1

Yacine est un enfant âgé de 11 ans, il est le cadet de sa fratrie, deux garçons et une fille issue d'une famille large à niveau socio-économique moyen : sa mère est femme au foyer, son père est un comptable. Yacine est un enfant sociable « je parle à nos invités et je joue avec leurs enfants », il est serviable mais un peu timide, selon la mère elle a rencontré des problèmes pendant sa grossesse. Cet enfant ne présente aucune pathologie psychologique à part l'énurésie ni une maladie physique (somatique), c'est à dire il est en bonne santé

Yacine est un élève scolarisé en 5<sup>ème</sup> année primaire avec de bons résultats scolaires puisque il a eu une bonne moyenne de 9/10, sans demander il a dit « **Nekki herchegh g leqrayaynu** » autrement dit « je suis excellent parce que j'ai une bonne moyenne » .

Il participe en classe, il est vraiment éveillé et intelligent.

### Analyse et discussions des données de l'entretien :

Notre entretien s'est déroulé dans un bureau de consultation psychologique au centre et unité de dépistage et de suivi scolaire (UDS).

Au premier entretien on a pu lui poser quelques questions sur son problème qui est l'énurésie, pour avoir plus d'information sur son trouble.

On a constaté qu'il souffre d'énurésie nocturne depuis la naissance jusqu'à l'âge de 10 ans il a arrêté un moment suite à la prise des médicaments, ensuite après avoir arrêté son traitement il a repris ses pipis donc c'est une énurésie secondaire.

C'est un enfant propre et responsable c'est-à-dire c'est lui qui lave ses vêtements,...etc. d'après son père. Quand on lui a posé la question sur ses sentiments après avoir fait pipi au lit il a répondu : « **tsethigh deg imaniw, lavuda dameqerran iligh tura** » cela signifie : « j'ai honte de moi, car je suis grand maintenant pour faire ça, je me sens dégouté et triste ».

D'après lui il préfère l'énurésie que une autre maladie, parce qu'il sait bien que y'a d'autres maladies qui sont très graves et chroniques que cette dernière.

Selon Yacine la réaction de ses parents après avoir fait pipi au lit était normale, c'est-à-dire ils le comprennent, comme il a indiqué : « mes parents me frappent jamais, ils sont compréhensifs. La chose qu'on peut déduire d'après ses réponses c'est que toute sa famille (même ses frères) le soutient, et ils sont toujours en communication et en interaction entre eux pour l'aider à surmonter son problème

En dehors de la famille Yacine ne trouve aucune difficulté d'intégration ou d'insertion dans le groupe social (sociable).

A l'école par exemple il a de bonnes relations avec ses camarades et même avec son enseignant, ce dernier pratique une activité sportive qui est le judo, et son rêve c'est de terminer ses études et être un médecin.

A la suite des entretiens on a eu l'occasion de discuter avec son psychologue pour avoir plus de données sur les séances psychothérapeutiques (traitement psychologique de cet enfant).

Yacine est sous une prise en charge psychologique depuis le 28/10/2021 jusqu'à présent. Il reçoit :

- Des exercices de concentration
- La guidance éducative
- Des techniques thérapeutiques comme : les différents dessins (dessin de bonhomme, de la famille, de la peinture ...) c'est-à-dire tout ce qui concerne l'art-thérapie en générale
- Renforcer son estime de soi
- Association libre (parler librement)
- Elle utilise aussi les jeux de rôle (psychodrame)
- Elle lui donne des consignes et des conseils à appliquer pour diminuer l'énurésie comme (d'éviter de boire de l'eau partir de 20h soir, aller souvent aux toilettes etc. ...)
- Proposer des exercices de renforcement et de stimulation de la vessie (renforcer l'appareil sphinctérien)
- En ajoutant les tableaux de renforcement pour l'énurésie comme le calendrier mictionnel qui sert à démontrer l'évolution de l'énurésie.

La chose qu'on a pu observer à travers ce calendrier est une nette amélioration de l'état d'énurésie de Yacine.

À la dernière séance on a pu se rapprocher et discuter avec le père afin qu'on puisse avoir plus d'informations sur notre sujet c'est à dire son comportement à la maison, de plus sur la communication au sein de leur système familial.

Le père nous a répondu qu'il essaye toujours d'être à côté de son fils et de l'aider à surmonter ce problème et pour mieux le comprendre il a indiqué : « mon fils et moi faisons ensemble chaque week-end, et cela pour se détendre et c'est l'occasion pour moi pour me rapprocher de lui et écouter ses préoccupations, il nous a confirmé que son fils est très sérieux et motivé... Il a dit : « hamdoulillah Yacine n'a pas de difficultés concernant ses études, il sait bien que c'est son avenir, c'est vrai que de fois il essaye d'esquiver et d'échapper pour ne pas réviser mais c'est normal il est encore un enfant, il apprend toujours », il rajoute : « Yacine souhaite avoir un animal de compagnie (un petit chien) et je lui ai promis que je réaliserais son souhait, mais à condition qu'il aura une excellente moyenne au deuxième et au troisième trimestre ».

Nous avons constaté qu'ils ont des antécédents familiaux au sujet de l'énurésie d'après le père : « même moi j'étais énurétique à notre époque jusqu'à l'âge de 14 ans, mes frères l'ont été aussi, mais vous savez que à l'époque on n'a pas les moyens surtout en hiver, ça été plus fort que nous ».

Ensuite, on a demandé s’il y’avait pas un facteur déclenchant cette énurésie un traumatisme peut être ou bien un nouveau événement qui a bouleverser la vie de Yacine, un décès, la naissance d’un frère etc....., il nous a dit «son petit frère proche est diabétique-insulinodépendant, c’est vrai qu’il a été choqué quand il a su qu’il est malade mais je ne pense pas que c’est la vrai raison.

Pour finir on a eu recours à l’échelle de l’estime de Soi de Cooper Smith pour avoir plus des données sur son estime de soi et pouvoir le mesurer. Mais avant d’entamer cet échelle on lui a fait un calendrier mictionnel pour suivi l’évolution et observer l’amélioration ou pas de son état.

**Présentation des résultats obtenus à travers le calendrier mictionnel avant et après la prise en charge :**

**Avant**

Jours	Soleil	pluie
Samedi		•
Dimanche		•
Lundi	•	
Mardi		•
Mercredi	•	
Jeudi		•
Vendredi		•

**Après**

Jours	Soleil	Pluie
samedi	•	
dimanche		•
lundi	•	
mardi	•	
mercredi		•
jeudi	•	
vendredi	•	

**Présentation et analyse des données d’échelle d’estime de Soi du Cas (01) « Yacine »:**

Echelle	Générale	sociale	familiale	scolaire	mensonge	totale	Niveau
Résultats	18	06	07	05	06	42	Elevé

D'après les résultats de l'inventaire de Cooper Smith présenté dans le tableau en haut, Yacine présente un niveau d'estime de soi élevé.

Ses résultats obtenus sur l'échelle générale sont proche à la moyenne estimé (18<18,46), ce qui est apparu dans ses différentes réponses obtenus sur cette échelle, on prend l'exemple de l'item n°19 « quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis » sa réponse été me ressemble.

Sur l'échelle sociale, notre sujet a eu un score de (6>5,67) qui est supérieure à la norme, ce qui veut dire que Yacine est un enfant sociable et ne présente aucune difficulté d'insertion dans le groupe sociale (il s'intègre rapidement), ce qui est confirmé dans les items suivants : item n°28 « je plais facilement », item n°5 « on s'amuse beaucoup en ma compagnie », sa réponse été me ressemble dans les deux items.

Concernant les résultats de l'échelle d'estime de soi familiale notre cas obtient un score de (7) qui est supérieure à la moyenne estimé qui est (4,92), c'est-à-dire que notre sujet à un très bon soutien familial et une très bonne adaptation à son système familiale, ça se voit par sa réponse me ressemble dans les deux items suivant : item n°9 « en générale, mes parents sont attentifs à ce que je ressens », item n°20 « mes parents me comprennent ».

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, Yacine présente une note supérieure à la norme estimée (5>4,12), le score obtenu est une preuve d'une satisfaction scolaire et d'un bon rendement, ce qui est indiqué dans l'item n°33 « je suis fier de mes résultats scolaires », sa réponse été me ressemble.

En dernier lieu on trouve que Yacine obtient un score supérieure dans l'échelle qui mesure le mensonge (6>2,38), cela veut dire que notre cas présente une attitude défensive vis à vis du test et un désir de donner une bonne représentation de soi.

### **Synthèse du cas de Yacine :**

A travers les données obtenues pendant l'entretien, on a pu apercevoir une bonne qualité d'estime de Soi de Yacine comme on a pu déduire que le vécu relationnel de ce dernier est bon que ce soit dans la famille ou en dehors de la famille, cependant en ce qui concerne l'échelle d'estime de soi en générale il a obtenu un score de(42)qui est un score élevé puisque dans l'inventaire entre (46à50) signifie un niveau d'estime de soi élevé.

## Cas 2 : Salima

C'est une fille âgée de 11 ans, elle est éveillée, souriante, la cadette de sa fratrie issue d'une famille large à niveau socio-économique moyen, elle vit dans un milieu familial défavorable par rapport aux comportements de ses proches en particulier ses parents, sont très durs et violents avec elle ; sa mère femme au foyer et son père maçon, elle peu sociable, c'est-à-dire elle trouve des difficultés d'insertion et d'adaptation sociale. Elle présente des troubles de comportements comme (l'agressivité et l'opposition surtout). Comme elle souffre d'autres troubles psychologiques comme l'anxiété, l'angoisse et la claustrophobie c'est-à-dire la peur des endroits fermés. Selon la mère la grossesse et l'accouchement sont déroulés le plus normale.

Salima est une élève de 5ème année primaire, de niveau moyen entre (5,6/10)

### Analyse et discussion des données de l'entretien :

Avec successivité des entretiens, on arrivait à entretenir le problème ou le motif de consultation la mère venait pour motif de sa fille qui manifestait une régression au stade anal, c'est-à-dire qu'elle mouille son lit la nuit (énurésie nocturne) alors qu'elle a pris la propreté depuis l'âge de 5 ans, mais ça été momentanée ça veut dire qu'elle a arrêté pendant 7 mois puis elle a repris donc c'est une énurésie secondaire.

La mère nous a confirmé qu'elle a consulté un urologue pour s'assurer qu'elle ne souffre d'aucune pathologie fonctionnelle ou bien organique, puis ce dernier lui a recommandé d'aller voir un psychologue.

Lorsque nous avons abordé l'aspect relationnel intra et extra-familial de cet enfant nous avons remarqué qu'elle trouve des difficultés de communiquer avec les membres de sa famille surtout ses parents, d'après les réponses de Salima et d'après ce qu'elle nous a raconté sa mère est toujours derrière elle pour étudier, et toute cette pression lui a causé du stress aigu et de l'angoisse. Elle nous a dit : « **yemma ustewqi3ara gayen ittehousough, yerna ouyefhimara, ikerhiyi lhal melih, u3elimegh ara dachou adlhedmegh, thusugh imaniw wehdi kan** ». Autrement dit « ma mère se fiche complètement de ce que je ressens et elle n'essaye jamais de me comprendre, et ça me fait très mal, je sais plus quoi faire, je me sens toujours seul. »

Quand on lui a posé des questions sur la réaction de ses parents en particulier sa mère après avoir fait pipi au lit, elle a dit : « **yemma tkathiyi kul ma adkhedmegh pipi gousou, t3eyited feli tkariyid daghen del3iv felam tamekrant ithlit tura** ». C'est à dire « ma mère me frappe souvent quand je fais pipi et elle me crie dessus, et elle me dit c'est honteux de faire ça maintenant tu es grande ». Par contre ses grands frères et sœurs sont compréhensifs.

En dehors de la famille (ses amis et son professeur) ne savent pas qu'elle souffre de l'énurésie mais malgré ça elle est toujours timide en classe et elle préfère s'asseoir à la dernière table, elle n'aime pas d'être interrogé par son enseignant.

Après notre discussion avec la maman on a certifié qu'elle se culpabilise toujours après avoir crié et châtier sa fille.

En ce qui concerne le rendement scolaire de Salima la maman nous a énoncé que ses résultats scolaires sont faible, on a remarqué qu'elle est très inquiété sur ça puisque elle a dit « j'ai peur qu'elle n'ira pas loin cette fille ».

Par rapport à l'énurésie, nous avons demandé la mère si ils ont des antécédents familiaux concernant cette pathologie, elle nous a répondu qu'ils ont des cousins qui continuent à faire pipi jusqu'à l'âge de 18ans.

On a cherché auprès de la maman s'il y'avait pas dans cette période un événement traumatisant, un décès par exemple ou un nouveau événement comme naissance d'un frère ou sœur, elle nous a affirmé qu'il n'avait aucune chose de tout ça, mais elle a indiqué : « Salima n'aime pas les disputes et les cris, quand elle voit comme ça une situation de conflit elle se mette directement a pleuré »

Selon son psychologue Salima est en danger elle nous a confirmé qu'elle fait de son mieux pour aider cette fille mais aussi elle a insisté sur le rôle primordial de ses parents car selon elle ils ont une très grande part de responsabilités envers leurs fille

Salima est sous une prise en charge psychologique depuis presque un an, et d'après son psychologue elle commence à s'améliorer de plus en plus avant elle mouille son lit chaque soir, mais maintenant elle le fait que 2 à 3 fois par semaine seulement.

Concernant son objectif dans le futur, Salima souhaite être une coiffeuse et faire le tour du monde et vivre des aventures.

Après les entretiens précédents avec l'enfant et sa mère seule, on a tenté de mesurer l'estime de Soi de cet enfant et cela en utilisant l'échelle d'estime de Soi de Cooper Smith .Mais avant de passer à cette échelle on a eu recours au calendrier mictionnel avant et après la prise en charge pour savoir si cette énurésie à diminuer ou pas.

**Présentation des résultats obtenus à travers le calendrier mictionnel avant et après la prise en charge :**

**Avant**

Jours	soleil	Pluie
Samedi	*	
Dimanche		*
Lundi		*
Mardi	*	
Mercredi		*
Jeudi		*
Vendredi		*

**Après**

Jours	soleil	pluie
Samedi	*	
Dimanche	*	
Lundi		*
Mardi		*
Mercredi	*	
Jeudi		*
Vendredi	*	

**Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas(02) «Salima » :**

Echelle	Générale	sociale	familiale	scolaire	mensonge	totale	niveau
Résultats	5	2	2	1	1	11	Très bas

D'après les résultats de l'inventaire de Cooper Smith présenté dans le tableau en haut Yacine présente un niveau d'estime de Soi très bas.

Sur l'échelle générale les résultats de notre cas sont très inférieurs par rapport à la moyenne (5<18,46), ce qui est apparu dans ses différentes réponses obtenus été négatives sur cette échelle, on prend l'exemple de l'item n°43 « je me comprends moi-même », ça réponse été (ne me ressemble pas).

Ses résultats dans l'échelle sociale ,sont aussi inférieurs par rapport à la norme estimée (2<5,67), cela veut dire que notre sujet trouve des difficultés d'insertion dans le groupe c'est-à-dire qu'elle s'isole des autres ce qui a été confirmé durant les entretiens précédents, on prend l'exemple de l'item n°21 « la plupart des gens sont mieux aimés que moi », sa réponse

été (me ressemble) , on ajoutant l'item positif n°14 « j'ai généralement de l'influence sur les autres », sa réponse été (ne me ressemble pas).

Sur l'échelle d'estime de soi familial, Salima a obtenu un score de (2<4,92), cela revient au manque d'affectif parentale et l'absence de la communication au sein de leur système familiale, ce qui a engendré un faible estime de soi familial, on prend les deux items suivants comme exemples, item n°20 « mes parents me comprennent », item n°9 « en générale, mes parents sont attentifs à ce que je ressens », sa réponse été (ne me ressemble pas).

Revenant à l'échelle qui mesure l'estime de soi scolaire, notre sujet a présenté un score très inférieur (1<4,12), cela indique que notre cas est insatisfaite de son rendement scolaire de plus elle est découragée et même démotivée ce qui a été confirmé pendant les entretiens précédents par sa mère, exemple : on a l'item n°54 « en classe je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais »

On finit par l'échelle mensonge, Salima présente également un score inférieur à la moyenne estimé (1<2,38) cela veut dire que cette dernière n'a pas eu recours à la défense et désir de donner une bonne image de soi.

### **Synthèse du cas de Salima :**

A travers les données de l'entretien on a pu déduire que le vécu relationnel de notre cas est altéré sur tous les plans (sociale, scolaire et surtout le plan familial), d'ailleurs même sa confiance en soi est presque inexistante, quant à l'échelle d'estime de Soi, les résultats sont presque les mêmes, elles sont tous inférieurs, on note que l'estime de soi du cas(Salima) est très bas (11) puisque dans l'inventaire ( $\leq 18$ ) représente un niveau d'estime de soi très bas (très faible).

**Cas 3 : O- KHALED :**

Khaled est un enfant âgé de 11ans, il est poli et d'un air souriant, il parle avec nous gentille ment les signe d'une bonne éducation sont visible sur lui, il est le cadet de sa fratrie trois garçons et une fille issu d'une famille moyenne, sa mère femme au foyer et son père commerçons selon la mère la grossesse et l'accouchement sont déroulé sans difficulté et son complication. Khaled est un élève scolarisé en première année (CEM) de niveau moyen entre 11 et 12/20, il participe en classe, j'interviens, je participe quand mon enseignant me demande, il est en bonne santé et ne souffre d'aucune des maladies physiques.

**5.2.1 Analyse et discussion des données de l'entretien :**

L'entretien s'est déroulé dans le bureau de consultation psychologique, à l'intérieure du centre d'unité de dépistage et de suivi. Au premier entretien sa tante est présentée pour prendre un rendez-vous, elle nous a expliqué le problème de son neveu ensuite la psychologue elle a précisé que lors de son entretien son neveu doit être accompagné par ces parents. Le jour de rendez-vous Khaled s'est présenté avec sa mère elle nous a avoué qui elle est très inquiète son fils souffre de l'énurésie nocturne secondaire, il a atteint sa propreté diurne à l'âge de 4ans et sa propreté nocturne à l'âge de 5ans.

Avant d'entamer l'entretien on a remarque que notre patient est très dynamique d'abord il nous a dit « je suis la pour me soigné et je suis prêt pour vous répondre a vos questions », d'après sa mère Khaled a commencé à faire pipi le soir dans son lit juste après la morte de sa grand-mère, ça fait un an et demi quel est morte, après une durée ses parents l'on pris a un psychiatre pour lui donner des médicaments le psychiatre lui a donné CLOMIPRAMINE 10mg, et même avec ce médicament Khaled fait toujours pipi au lit, la chose qui a poussé ses parents a pensée a la prise en charge psychologique.

On a lui dit que pensez-vous de l'école ? Il nous a dit : « **Hamelaghe adrouhaghe ar l'école adakeraghe, Hamlaghe lwachoul wahi manho karaghe naki ourhmilaghe ara asma adkimaghe wahdi, naki karhaghe telame** ».

J'aime aller à l'école, j'aime mes camarades de classe, je n'aime pas être seul je déteste la nuit.

On a lui poser la question pour quoi tu n'aimes pas être seul ? Pour quoi tu déteste la nuit ?

Il a arrêté de parler il est devenu silencieux pendant un moment, ensuite il nous a dit « **jida tamouthe la3echa imi tamouthe kimaghe wahdi gakhham te3asaghe khalti atalhake sakhame atakime yithi naki dagma namzyane** »

D'après la maman sa grand-mère est décédé la nuit environ 21h sa belle-mère habite au premier étage et elle au deuxième étage elle nous a dit que je les laissés seuls à la maison jusqu'à l'arrivée de leur tante pour qu'ils ne voient pas la scène par ce que je ne veux pas que elle reste dans leur mémoire, mais apparemment c'une grande erreur il ne fallait pas qu'ils les

laisse seul c'est ma faute. Est quand on lui a demandé s'il réveil la nuit pour aller au toilette, il nous a dit : « des fois je me réveil et des fois c'est maman qui me réveille.

Durant tout au long de la séance de l'entretien avec Khaled on a remarqué qu'il est vraiment à l'aise, il était sincère dans ces réponses et avec un grand cœur qu'il a participé à cette entretien d'ailleurs il nous a dit est ce que vous allez revenir une autre fois ? J'ai bien aimé votre visite et j'aime rester avec vous pour long temps, il a parlait sans complexe et sans hésitation et c'est ce qu'il a dit lui-même (je ne trouve pas de difficultés à être avec les autres, je dit ce que je veut et quand je veux et sans aucun problème) il nous a dit mon père m'a inscrit dans un club de football, j'aime beaucoup jouer que de réviser, est j'aime bien passé beaucoup de temps a jouer car je me sens très a l'aise a la venir je veut devenir un grand joueur.

On a lui fait un calendrier mictionnel avant et après la prise en charge psychologique pour cocher à chaque foi qu'il fait pipi, si il fait pipi il coche dans la case pluies et s'il ne fait pas il coche dans la case soleils. Tout ça avec la surveillance de sa mère pour éviter les mensonges.

**Présentation des résultats de calendrier avant et après la pris en charge :**

**Avant :**

Jours	Soleil	Pluies
Samedi		*
Dimanche		*
Lundi	*	
Mardi	*	
Mercredi		*
Jeudi	*	
Vendredi		*

**Après :**

Jours	Soleil	Pluies
Samedi	*	
Dimanche		*
Lundi	*	
Mardi	*	
Mercredi		*
Jeudi	*	
Vendredi	*	

**Présentation et analyse des résultats de l'échèle d'estime de soi du cas (03) « Khaled » :**

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Mensonge	Totale	Niveau
21	7	4	3	5	40	Elevé

A partir des résultats obtenus du test de Cooper Smith appliqué à cet enfant, « Khaled » on a identifié que il a un niveau d'estime de soi élevé avec un total de 40 ce qui signifie qu'il a une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale est supérieur a la moyenne, il présente un score de 21>18,64 ce qui est apparu sur l'ensemble des items de cette échelle avec des réponses positives : l'exemple de l'item N° 10 et 13 « ne me ressemble pas » C'été sa réponse.

Le score de l'échelle sociale marque aussi un niveau supérieur a la moyenne : 7>5,67 ce qui démontre l'adaptation de son entourage avec une valeur élevé du moi ce qui a été aussi confirmé durant l'entretien. A échelle sociale, on prend l'exemple de l'item N° 8, il a coché « Me ressemble ».

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, Khaled présent un score de 4>4,92 C'est-à-dire proche à la moyenne exemple de l'item N°06, sa réponse été « Ne me ressemble pas » cela veut dire que l'absence de sa grand-mère, a engendré un sentiment du manque de soutien, comme il la signalé dans l'entretien.

L'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est proche par rapport à la moyenne 3>4,12 exemple de l'item N°33 sa réponse été « Ne me ressemble pas » il confirme qu'il n'est pas satisfait de son rendement scolaire.

Dans l'échelle de mensonge, le sujet à présenté un score très élevé 5>2,38, cela veut dire qu'il a une attitude de défensive vis-à-vis le test, et un désir de donner image de soi.

### **Synthèse du cas de Khaled :**

D'après les résultats du test de Cooper Smith et d'après notre analyse de l'entretien on conclu que l'estime de soi est élevé, et on a remarqué aussi une fort confiance en soi ce qui est identifier lors de l'entretien par les réponses positives (j'aime bien partager des bonne moments avec les autre et surtout avec mes amis), il était sourient il attend nos questions avec patience, il était sur de lui et sur de ce qu'il dit. On conclu d'après cet entretien que cet enfant a confiance en lui et une bonne estime de soi (a l'avenir je souhaite être un grand joueur).

**Cas 4 : Aylimas**

Aylimas est un enfant âgé de 7 ans l'innée d'une fratrie d'une seule sœur, il vit avec sa petite famille. C'est un enfant désiré vu que c'est premier enfant a la maison, donc a la naissance, il était accueilli avec une grande joie par tout les membres de la famille, issus d'une famille moyenne son père est un infirmier, sa mère est une enseignante dans un primaire. L'accouchement était à terme sans aucune complication. Aylimas scolarisé en première année primaire avec des résultats satisfaisants (8/10 de moyenne).

Aylimas était propre a l'âge de 4 ans et il a reprimé ses urines dès la naissance de sa petite sœur.

**Analyse et discussions des données de l'entretien :**

L'entretien s'est déroulé dans le bureau de consultation psychologique à l'intérieure de la policlinique de El Kseur. Et durant l'entretien on a remarqué que Aylimas est un enfant éveillé, calme, ne présente aucun comportement pathologique ni agressivité ni opposition, ni hyper activé, ni intolérance aux frustrations et ni timidité. C'est un enfant très sociable.

D'après la maman c'est tout à fait le contraire a la maison depuis 2020, l'accouchement de sa petite sœur « Ahlem ». Après cette événement Aylimas a changé complètement son comportement, il est devenue agressive il crie sur la moindre des choses et d'un caractère têtue, il n'oublie pas aux n'obéir pas aux autres ainsi les conseils de sa maman « moi je ne suis pas de la famille ».

En plus de tout ça, la mère de Aylimas à remarqué que son fils mouille son lit presque toute les nuits, la maman l'a emmené chez un urologue et ce dernier lui a confirmé que son fils n'a aucun pathologie urologique et ses urines peuvent être d'une origine psychique..

Le sommeil de Aylimas est lourd mais quand ça sœur pleure, il se réveille directement.

Lorsque il se lève le matin, et quand sa mère parle avec lui en cherchant la cause de ses urines au lit, le petit lui répond qu'il était endormi et ne savait pas qu'il était entrain de mouiller son lit ou il trouve la cause qu'il fait des cauchemardes cette nuit là.

Quand la maman lui demande qu'est-ce-que il a vu comme cauchemar il répond que Ahlem touche et joue avec ses jouets, pour lui Ahlem est un cauchemar il refuse de dire ma sœur il n'arrive pas a accepté cette idée, on lui demandé est-ce que tu aimes ta sœur ? Il nous a répondu directement sans prendre le temps pour réfléchir « **non jamais outehmilghara déjà machi doulta** »

« Non jamais je l'aime pas déjà elle n'est pas ma sœur ».

On lui a dit si c'était un garçon est-ce-que tu va l'aimé. Il s'arrêta un moment puis il, répondit « **akchich maalich adouraragh yides asfkagh les jouets ninou wadiguan uidi** »

« Un garçon normal je joue avec, je le donne mes jouets, et je dors avec lui ».

Selon la mère, il senti jaloux d'elle, il n'aime pas quand on s'occupe d'elle et même il mange plus tout seul a la maison il demande toujours a sa maman de lui donné a mangé car il voit sa maman quand elle nourrie sa petite sœur mais a l'école Aylimas mange tout seul le plus normale, il ne demande pas au autres de lui alimenté.

En évaluant l'enfant tient compte des conseils car il n'a pas mouillé son lit 4/7 jours et il va tout seul au toilette (WC) pendant la nuit.

On lui a fait un calendrier mictionnel en demandant a chaque fois qu'il fait pipi de cocher la case pluie et quand il ne le fait pas il coche la case soleil.

**Avant**

Jours	Soleil	Pluie
Samedi		*
Dimanche		*
Lundi	*	
Mardi		*
Mercredi		*
Jeudi		*
Vendredi		*

**Après**

Jours	Soleil	Pluie
Samedi		*
Dimanche	*	
Lundi	*	
Mardi		*
Mercredi	*	
Jeudi		*
Vendredi		*

**Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (04)**

« Ayelimas » :

Échelle	Générale	Sociale	familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau
Résultats	20	6	6	7	48	7	Très élevé

A partir des résultats obtenus du teste Cooper Smith appliqué a cet enfant Aylimas on a identifié que il a un niveau d'estime de soi très élevé avec total de 46 ce qui signifié qu'il a une évaluation.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale est supérieure a la moyenne et présente un score de 20 >18,6 ce qui est apparu sur l'ensemble des items de cet échelle avec des réponses positives : l'exemple de l'item numéro 04, 19,28. Sa réponse était me ressemble.

Ces résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale et familiale marque toujours un niveau élevé para port a la moyenne échelle sociale 6>5,67 échelle familiale 6> 4,92 ce qui confirme les réponses de l'entretien et son adaptation familiale et sociale.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire il présente aussi un niveau élevé supérieure a la moyenne 7>4,12 ce qui explique sa satisfaction de son rendement scolaire on peut donner l'exemple de l'item numéro 37 qui a était confirmé.

Ce cas présente une attitude défensive vis-à-vis le teste, est un désire de donné une meilleure image de soi, ce qui est expliqué par son niveau élevé para port a la moyenne 6>2,38 sur l'échelle de mensonge.

### **Synthèse du cas d'Aylimas:**

Ce cas manifeste un niveau d'estime de soi très élevé, cet enfant ne présente pas des difficultés d'adaptation a son milieu, il se communique le plus normalement, son rendement scolaire est satisfaisant, il est aussi sociable donc ce cas ne présente aucun symptôme psychopathologique. IL a eu un score de (48), cela signifie dans l'échelle de Cooper Smith qu'il a une estime de soi très élevé.

## Cas 5 : Lahcen.B

Lahcen est un enfant âgé de 11 ans, il est classé le benjamin, issu d'une famille nucléaire à niveau socioéconomique élevé, sa mère femme au foyer, son père est un commandant de l'armée nationale algérienne, et une grande sœur. Selon la mère la grossesse et l'accouchement sont déroulés sans aucune complication. C'est un enfant démotivé, perturbé et même paresseux qui manifeste des symptômes psychopathologiques comme (l'anxiété, la boulimie et l'angoisse).

C'est un enfant scolarisé en première année moyenne puisqu'il a une avance d'une année.

### Présentation et analyse de l'entretien :

Notre entretien s'est déroulé au niveau de L'EPSP d'EL-KSEUR, service de santé mentale à la présence d'une psychologue. On a trouvé quelques difficultés à convaincre le père de cet enfant pour réaliser notre entretien avec son fils, mais à la fin on a pu le convaincre.

On a commencé notre entretien avec l'enfant, il est venu pour motif d'énurésie primaire nocturne (c'est à dire qu'il n'a jamais acquis la propreté), mais avant de consulter un psychologue il a pris un rendez-vous chez un urologue pour s'assurer que son problème n'est pas source d'un dysfonctionnement organique mais plutôt psychologique.

D'abord on lui a posé quelques questions sur son énurésie, on lui a posé la question sur sa réaction et ses sentiments après avoir fait pipi, il nous a répondu : « **ttehousough ttewajinigh,degoutigh** », autrement dit « je me sens gêné et dégoûté », puis sur la réaction de ses parents il a indiqué : « **normale imawlan-iw fehemniyi surtout vava** » c'est-à-dire « normal mes parents me comprennent, surtout mon père »

Le sommeil de Lahcen est très profond donc même s'il mouille son lit la nuit il se sent pas.

D'après l'entretien qu'on a eu avec l'enfant surtout quand on a ciblé le côté relationnel intrafamilial, on a constaté qu'il se communique le plus normalement avec ses parents, surtout avec son père, on a remarqué qu'il est très proche de son père que de sa mère puisque d'après lui « **kervegh mlih gher vava uhmilegh ara adhedregh bezef d yemma** ».

Donc on peut dire qu'il s'adapte bien à son milieu familial, par contre il nous dit qu'il s'entend pas avec sa grande sœur, d'après lui « ma sœur me déteste, quand j'essaie de se rapprocher d'elle, elle se retire »

Il rajoute « même quand je rentre dans sa chambre elle me frappe souvent »

Quand on lui a parlé sur sa relation extra-familiale c'est à dire en dehors de la famille, il a dit que je n'aime pas les gens dehors, il indique aussi qu'il n'a pas des amis ni des camarades, on a essayé de chercher la cause derrière cet isolement, il a énoncé : « **kerhegh meden n dayi** »

**lavudadizewakhen Yerna d les voyous** » cela veut dire qu'il déteste les gens de cette région car ils se montrant trop, de plus ils sont des voyous ».

Il nous a dit aussi qu'avant ils habitent à Oran, mais quand ils se sont déplacé à EL-KSEUR, il n'arrive pas à s'adapter à ce changement, il n'arrive même pas à l'accepter, Lahcen est très triste après avoir quitté son ancienne région et leurs maison, il rajoute « tous mes amis sont à Oran, et je ne peux pas avoir d'autres amis ici ».

Selon lui « je déteste l'école, je ne peux pas étudier parce que je ne suis pas alaise avec les enseignants, même avec mes camarades de classe parce qu'ils se moquent tous de moi, à cause de mon physique ».Donc on peut déduire qu'il trouve trop de difficultés de s'intègre dans le groupe sociale (dissociable), ses résultats scolaires sont défavorables et en chute libre d'après lui.

Lahcen pratique une activité sportive qui est la natation et souhaite être un ingénieur et un commandant comme son père, selon lui c'est est son modèle à suivre, comme il souhaite d'avoir un chien mais sa maman refuse cette idée malheureusement.

A successivité des entretiens on a pu rencontrer son père et discuter avec lui sur le comportement de son fils à la maison, il nous a répondu : « mon fils ne présente aucun comportement anormal à la maison, il nous a même assuré que leurs milieu familial est très équilibré et sain, il indique : « nous communiquent ensemble, on est toujours en interaction, on fait des efforts moi et ma femme pour consacré à nos enfant une vie heureuse, et sans loin des problèmes.

En ce qui concerne les antécédents familiaux pour le problème d'énurésie le père nous a confirmé qu'ils n'ont pas des antécédents à propos de cette dernière

En dernier lieu, Lahcen est sous une prise en charge psychologique depuis 5mois.

On a eu recours à l'échelle d'estime de Soi de Cooper Smith pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre cas afin de l'évaluer. Mais avant de présenter les données trouvés on lui a fait un calendrier mictionnel afin d'observer l'évolution de son énurésie.

**Présentation des résultats obtenus à travers le calendrier mictionnel avant et après la prise en charge :**

**Avant**

Jours	Soleil	Pluie
Dimanche		*
Lundi	*	
Mardi		*
Mercredi	*	
Jeudi		*
Vendredi		*
Samedi	*	

**Après**

Jours	Soleil	Pluie
Dimanche		*
Lundi	*	
Mardi	*	
Mercredi		*
Jeudi	*	
Vendredi		*
Samedi	*	

**Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de Soi de Cas (05) « Lahcen » :**

Echelle	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Mensonge	Totale	Niveau
Résultats	11	2	4	2	3	22	Bas

D'après les résultats de l'inventaire de Cooper Smith présenté dans le tableau en haut présente un niveau d'estime de soi bas.

Sur l'échelle générale le score est inférieure à la moyenne estimé (11<18,46), ce qui est apparu dans ses différentes réponses obtenus sur cette échelle, par exemple, dans l'item n° 13 « tout est confus et embrouillé » sa réponse été (me ressemble).

Ses résultats sur l'échelle sociale le cas a obtenu un score inférieur à la norme (2<5,67), ce qui se voit dans les différentes réponses obtenus, on prend l'exemple de l'item n°14 « j'ai généralement de l'influence sur les autres », sa réponse été (me ressemble pas), cela veut dire que notre sujet présente des difficultés d'insertion sociale et le côté relationnel de ce dernier est touché, ce qui a été certifié même durant l'entretien puisqu'il a dit je n'ai pas des amis.

Sur l'échelle familiale la note obtenue est proche de la moyenne ( $4 < 4,92$ ), ce qui veut dire notre sujet arrive à s'adapter à son milieu familial, et qu'il a un bon soutien familial, exemple : item n°29 « mes parents et moi passons de bons moments ensemble », sa réponse était (me ressemble).

En ce qui concerne l'échelle scolaire le score obtenu par notre cas est inférieur aussi à la moyenne visée ( $2 < 4,12$ ), cela montre que Lahcen présente des difficultés scolaires, et des résultats insuffisants ce qui a été affirmé aussi pendant les entretiens précédents surtout depuis qu'il a déménagé.

A la dernière échelle mensonge la note acquise est supérieure par rapport à la norme estimée ( $3 > 2,38$ ) cela veut dire que Lahcen présente une attitude défensive vis-à-vis du test et désir de donner une mauvaise image de soi.

### **Synthèse du cas de Lahcen :**

A travers les données de l'entretien, on a pu apercevoir la mauvaise estime de soi de Lahcen comme on a pu déduire que le vécu relationnel de ce dernier est altéré surtout au sein de l'école, même au sein de groupe sociale, quant à l'échelle d'estime de Soi, on note que l'estime de soi de ce cas est bas (22) puisque dans l'inventaire entre (19 à 30) signifie un niveau d'estime de Soi bas.

**Cas 06 :**

Sawsan est une fille âgée de 10 ans timide, calme, elle est une Benjamine d'une fratrie de 4 enfants (2 garçons, et deux filles). Elle est issue d'une famille moyenne son père est retraité et la mère infirmière sawsan est née à terme, d'une grossesse indésirable et inattendu. Mais la grossesse et l'accouchement sont déroulés sans difficulté et sans complication.

Elle est scolarisée, en troisième année primaire. En ce qui concerne le rendement scolaire de sawsan ses résultats sont faibles Elle est en échec scolaire (elle a doublé l'année) selon elle, la cause est le manque de soutien et d'aide.

Elle souffre de l'énurésie primaire nocturne c'est-à-dire qu'elle n'a jamais acquis la propreté.

**Présentation et analyse de l'entretien :**

Au début de l'entretien sawsan c'est montré triste, calme et gentil le contact a été marqué par un climat de l'assurance et de mutualité avec une participation affective.

Nous avons demandé à la maman si ils ont des antécédents familiaux concernant cette pathologie et nous a répondu « **non** » C'est pour ça que je suis très inquiète sur ça.

Durant l'entretien, on a remarqué que sawsan participe et répond à nos questions de notre guide d'entretien, sans hésitations, en utilisant un langage simple et direct, cela lorsqu'on a abordé son attitude vis-à-vis l'énurésie « **delahelakhe mkoul yiwane dachiigahelakhe** » exprimer avec une tristesse et un désespoir.

Après on lui a posé quelques questions sur son énurésie et sur son sentiment après avoir fait pipi. Elle nous a répondu « **ourhamelaghe ara ma atekhademaghe gousou** » je n'aime pas quand je me réveille le matin et que j'ai mouillé mon lit.

Quand on l'a posé la question sur la réaction de ses parents après avoir fait pipi au lit elle a dit « **vava ikariyide iwache mais yema te3ayiriyi, takathiyi** ». Selon la mère le sommeil de sawsan est très profond.

D'après l'entretien qu'on a eu avec la fille sur le côté relationnel intrafamiliale on a constaté qu'elle se communique pas avec ses parents et surtout avec sa mère par contre il nous a dit qu'elle s'entend bien avec sa sœur d'après elle « **thamelyi ouythete3ayir araameyima** ». Elle ne se moque pas de moi comme ma mère.

Et d'après les réponses de sawsan à nos questions sur ses relations familiales, on a remarqué qu'elle vit une situation triste causée par l'instabilité a vécu au sein de la famille « **ma mère ne s'occupe pas de moi parce qu'elle travaille elle est tout le temps occupé** », c'est ma grand-mère qui s'occupe de moi d'ailleurs je la considère comme ma mère aussi ma relation avec mon père est distante, il ne fait rien pour moi. Donc sawsan souffre d'un manque et de soutien familial.

Quand on lui a parlé sur sa relation extra familiale en dehors de la famille elle a dit que je n'aime pas les gens dehors, elle indique aussi qu'elle n'a pas ni des amis, ni des camarades de classe « **ourhemilaghe ara** ».

Sawsan est sous une prise en charge psychologique depuis 8 mois et d'après sa mère il y avait aucune amélioration et presque elle mouille son lit chaque soir. Elle a une vision pessimiste de l'avenir est constatée chez sawsan « **je vais faire quoi emmm ouytouka3e ara ourzerighe ara** ».

Après les entretiens précédents avec sawsan et sa mère on a eu recours au calendrier mictionnel avant et après la prise en charge.

**Avant**

Jours	Soleil	Pluies
Samedi		*
Dimanche		*
Lundi		*
Mardi		*
Mercredi	*	
Jeudi		*
Vendredi		*

**Après**

Jours	Soleil	Pluies
Samedi		*
Dimanche		*
Lundi	*	
Mardi		*
Mercredi		*
Jeudi		*
Vendredi		*

**Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (07)**

**Sawsan :**

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
12	03	02	02	19	02	Bas

Sawsan présente un niveau bas d'estime de soi à un total de 19. Ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Le score à l'échelle d'estime de soi générale est inférieur à la moyenne:  $12 < 18,64$ . Ce qui a été apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle exemple Item N, où elle a attesté par « me ressemble », que tous les choses se mélangent dans sa vie, ce qu'est confirmé aussi à l'entretien.

Sur l'échelle d'estime de soi social le score est inférieur à la moyenne  $3 < 5,67$  on peut donner l'exemple de l'item N21 où il nous a affirmé que la majorité des gens sont mieux aimés qu'elle ce qui confirmé qu'elle se dévalorise.

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, le score est très bas par rapport à la moyenne:  $2 < 4,92$  exemple de l'item N6, qu'elle ne se sens pas bien à la maison cela peut s'expliquer par les perturbations vécues au sein de la famille.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire le niveau est aussi très bas par rapport à la moyenne:  $2 < 4,12$  suite à son échec dans ce domaine exemple Item N2 il n'est pas difficile de prendre la parole en classe elle a confirmé par me ressemble.

Dans l'échelle de mensonge sawsan a présenté un niveau inférieur à la moyenne  $2 < 2,38$  cela veut dire qu'elle n'est pas d'attitude défensive vis-à-vis du test ni un désir de donner une bonne image de soi.

### **Synthèse du cas de Sawsan :**

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi on ne constate que l'énuressie influencé négativement sur l'estime de soi du sujet.

**Cas 07 :**

Mohamed Amine est un enfant âgé de 11 ans, il est vicieux, il est le cadet de sa fratrie il a deux sœur et deux frère C'est un enfant hyper actif, agressive, démotive, têtue et paresseux (fringant), il pratique le judo, issu d'une famille moyenne sa mère femme au foyer et son père imam, pendant la grossesse d'après la mère elle a des difficultés mais l'accouchement à déroulé sans difficulté et son complication.

Mohamed amine est un élève scolarisé an cinquième année primaire de niveau bas ça moyenne entre 4/10 et 5/10 il a doublé l'année, il souffre de manque de concentration.

Il est énurétique de type primaire c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui, il n'a jamais acquérir la propreté,

**Présentation et analyse de l'entretien :**

Mohamed Amine a consulté un urologue et il lui a confirmé qu'il ne présente pas de problème organique, après la maman lui a prit chez la psychologue est il suit ces séance depuis trois mois la maman nous a dit :

انا جيتوا لهننا لاضطرابات السلوكية تاعو على هذه جيتوا.

« Je ramène mon fils à cause de ces troubles de comportement ».

La psychologue à trouvée qu'il souffre d'énurésie aussi malgré que la maman n'a pas déclaré, la psychologue à dit a la maman sur ce trouble mais la réponse de la maman à été :

نو غمال يكبر و احبسها وحدوا كي عماموا

« Normale quand il grandit il va s'arrêté tout seul comme ses oncles », la maman ne donne pas l'importance a ce trouble par ce que d'apprit elle il on des antécédent familial concernant l'énurésie selon elle l'énurésie n'est que une habitude.

Sa mère frappe le souvent quand il refuse d'étudier après il mouillait sa culotte « il souffre d'énurésie nocturne et diurne » les deux a la fois il fait pipi a l'école, a la maison, même quand il regarde la télévision il la fait exprès par ce que il est têtue.

Durant l'entretien la mère nous à dit :

يدير واش احب وقتاش احب

« Il fait ce qu'il veut quand il veut »

Après on lui a dit quand vous fait pipi et vous mouillez vos vêtements en classe et la cour pendant la récréation vous fait quoi ? La maman a répondu a ça place, elle nous a dit :

اومبعد احي يجرى باه أبديل حوايجوا

« Puis il vient a la maison pour changer ces vêtements », et nous avons lui posé une autre question quelle est ta réaction ? Que ressentez vous ? Sa réponse été

نورمال

« Normale »

Ça mère nous a dit : il n'est pas autonome c-à-dire c'est sa maman ne le lave pas et le change pas ses vêtements ; il reste tel qu'il est, il ne va pas changer, même quand il va au toilette si elle ne le lave pas il ne va pas laver, sa maman souffre avec lui selon elle :

ندير كلش أو مبعد ما كان حتى فا يدة انا نقولك الصبح الصبح عيت معاه خلاص

« Je fais tous mon possible, mais sans aucun intérêt, la vérité c'est bon j'en peux plus c'est bon ».

On lui a dit est-ce que tes amis ce moquant de toi, il nous a répondu :

ايه اعايروني و كي اكتروها وايز عفوني ندر بهم

« Oui ils se moquent de moi mais quand' ils dépassent les limites, je les frappe ».

Ca mère ne le frappe pas quand il fait pipi, mais elle le frappe pour étudier. Elle nous a dit

لازم يقرأ و يولي كاش حاجة لازم

« Il devrait terminer ses étude et être quelque chose d'important à l'avenir ».

Des fois il devient agressif même avec ça maman, son enseignant l'humilier devant ses camarades car il n'écrit pas ses leçons (cours) ses cahier sont vides, en plus il ne prend pas la parole en classe on lui dit pour quoi il nous répond :

هكا منحيش

« Par ce que je ne veux pas » Il est irresponsable et (sans but, sans objectif).

« Ça mère nous à dit il est sociable mais il suit le mauvais chemin (mauvaise fréquentation) ».

يمشي غير مع الولاد الي ايشبهوه

« Il s'accompagne juste avec les enfants qui le ressemble ».

Dans leurs famille ils se communiquent mais pas une communication profonde, c'est-à-dire les parents parle avec leurs enfants sur les études seulement (ils insistent beaucoup sur les études) sans prendre en considération les sentiments de leurs fils et ils ignorent ses besoins.

Pour finir on a eu recours à l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith pour avoir plus des données sur son estime de soi et pouvoir le mesurer. Mais avant d'entamer cet échelle on lui a fait un calendrier mictionnel pour suivi l'évolution et observer l'amélioration ou pas de son état.

**Avant**

Jours	Soleil	Pluies
Samedi	*	
Dimanche		*
Lundi		*
Mardi	*	
Mercredi		*
Jeudi		*
Vendredi		*

**Après**

Jours	Soleil	Pluies
Samedi		*
Dimanche	*	
Lundi		*
Mardi	*	
Mercredi		*
Jeudi	*	
Vendredi	*	

**Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (07)**

« Mohamed Amine » :

Général	Social	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
06	05	01	01	15	02	Très bas

Mohamed amine a un niveau très bas d'estime de soi, avec un total de (15), cela démontre qu'il a une évaluation négative de soi.

Il affiche des résultats différents sur toutes les échelles, ou il présente un niveau inférieur, même très bas par rapport à la moyenne.

Sur l'échelle générale  $6 < 18,64$  ce qu'était remarqué dans les différentes réponses obtenues sur cette échelle : l'exemple de l'Item N°27 « je suis assez sur de moi », sa réponse été Ne me ressemble pas.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, il présente un niveau très proches de la moyenne 5<5,67 ce qui est démontré l'adaptation a son entourage, ce qu'a été confirmé durant l'entretien exemple l'Item N°5 qui le confirme.

L'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau très bas par rapport a la moyenne : 1<4,92 Le score est adéquat à ce qui a été dit durant l'entretien. Exemple : Item N°16, ou Mohamed Amine confirme d'avoir l'envie de quitter le foyer familiale, cela est causé par les relations perturbés au sein de la famille.

Sur l'échelle d'estime de scolaire, il présente un niveau très bas, avec un score inférieur à la moyenne 1<4,12 apparu dans ses réponses négatives sur toute l'échelle à l'exception d'une seule, (Item N°23). Ce qui explique par son échec scolaire

Sur l'échelle de mensonge, il affiche un score de 2<2,38 veut dire qu'il n'a pas d'attitude défensive vis-à-vis du test, ni un désir de donner une bonne image de soi.

### **Synthèse du cas de Mohamed Amine:**

La cohésion entre les propos de l'entretien ainsi que les résultats obtenus au test d'évaluation d'estime de soi, montre qu'une évaluation négative de soi, à un niveau très bas d'estime de soi avec un score de (15).

## II- Discussions et analyses générale des résultats :

Après avoir présenté les entretiens, et les échelles de chacun de nos cas, de manière individuelle, nous allons à présent faire une analyse générale des données obtenus, en commençant par les résultats de l'entretien.

### L'analyse des données des entretiens :

Afin d'analyser le contenu des entretiens, on a eu recours aux réponses obtenus pendant les entretiens consécutifs précédents.

**Tableau N°7 :** Répartition des cas selon leurs avis concernant le trouble (l'énurésie) :

Catégories	Nombre de cas
L'avis positif des enfants concernant leur Trouble	02
L'avis négatif des enfants concernant leur Trouble	05

Ce tableau nous indique que la majorité de nos cas 5/7 n'arrive pas à accepter et s'adapter à cette pathologie vu le changement de leurs comportements, leurs habitudes et même leur état psychologique.

On remarque que certains sujets comme le Cas 01 (Yacine), qui exprime son indifférence envers la pathologie et son acceptation, cela été confirmé à travers les entretiens « je préfère l'énurésie que une autre maladie plus grave, et plus chronique ». D'autres cas, comme le 7eme cas (Mohamed Amine) exprime une honte de soi « je ne veux pas être énurétique, car c'est honteux ».

On constate que nos sujets se situent entre amplification, acceptation et minimisation du trouble.

**Tableau N°8 :** Répartition des sujets selon l'adaptation et l'inadaptation intrafamilial :

Catégorie	Nombre de cas
L'adaptation familiale	02
L'inadaptation familiale	05

On constate d'après ce tableau que la plupart de nos cas 5/7 trouvent des difficultés d'adaptation à leur environnement (milieu) familial, et cela peut être un facteur renforçateur de l'énurésie et même influencent leurs estime de Soi générale. On prend l'exemple de 2ème

cas de (Mohamed Amine) puisque d'après lui « ils ont une mauvaise communication puisque selon lui ils se communiquent au sujet des études seulement ». Et l'exemple de 2eme cas (Salima) qui a dit : « ma mère me frappe souvent...et ils (mes parents) s'essayent jamais de me comprendre, je me sens seule ».

Par contre les 2 autres cas (Yacine et Ayelimas) ne trouvent pas des difficultés d'adaptation à leur milieu familial, c'est-à-dire ils ont une bonne adaptation familiale.

**Tableau N°9** : Répartition des sujets selon leurs relations extrafamiliale (leurs insertion dans le groupe social) :

Catégorie	Nombre de cas
Bonne insertion sociale	04
Mauvaise insertion sociale	03

Ce tableau représente les différents cas qui ont une bonne insertion à leur environnement social et ceux qui ont une mauvaise insertion dans le milieu social. On constate que la pluparts de nos cas ont une bonne insertion sociale 4/7, par contre les trois autres cas trouvent des difficultés d'insertion sociale.

### **Classement des sujets à partir des résultats du test d'estime de soi :**

Après avoir administré le test d'estime de Soi, on a pu classer les résultats obtenus de nos cas selon leur niveau d'estime de soi en deux groupes : le premier groupe (ES+), et l'autre groupe par une estime de Soi négative (ES-).

### L'analyse des résultats de l'inventaire de Cooper Smith :

Tableau N°10 : Résultats de l'échelle d'estime de Soi

Cas	Générale	Sociale	Familiale	scolaire	Total	Mensonge	Niveau
Cas 01	18	06	07	05	42	06	Elevé
Cas 02	05	02	02	01	11	01	Très bas
Cas03	21	07	04	03	40	05	Elevé
Cas 04	20	06	06	07	48	07	Très élevé
Cas 05	11	02	04	02	22	03	Bas
Cas 06	12	03	02	02	19	02	Bas
Cas 07	06	05	01	01	15	02	Très bas
<b>Moyenne</b>	18,46	5,67	4,92	4,12	33,35	2,38	/

On remarque d'après ce tableau que la moyenne générale de chaque sous échelle du test d'estime de Soi de nos Cas sont inférieures à la moyenne. Ce qui signifie un niveau général d'estime de soi bas de nos cas (Voir le tableau N°10).

D'après les résultats présentés dans ce tableau, on remarque aussi que la majorité des cas ont une évaluation négative de soi (02/07 Bas, 02/07 Très bas). Les autres Cas (03/07) se situent entre un niveau élevé et très élevé. Cela veut dire qu'ils se caractérisent par une évaluation positive de soi.

### Classement ses sujets à partir des résultats du test d'estime de Soi :

Après avoir administré le test d'estime de Soi, on a pu classer les résultats obtenus de nos Cas selon leur niveau d'estime de Soi en deux groupes : le premier groupe (ES+), et l'autre groupe par une estime de Soi négative (ES-).

**Tableau N°11** : Répartition des Sujets en fonction du niveau d'estime de Soi.

Niveau	ES+	ES-
Nombre de cas	03	04

A partir de ce tableau, on constate que la majorité des Cas de notre population d'étude (04/07) se caractérise par une évaluation négative de Soi. Et (03/07) ont une évaluation positive de Soi.

Après la répartition de notre population d'étude en deux groupes, selon leur qualité d'estime de Soi, on va présenter les caractéristiques de chaque groupe à partir de leurs résultats présentés au (tableau N°11). Les sujets qui ont une estime de Soi négative : présentent des scores variés dans les échelles des composantes d'estime de soi (générale, sociale, familial, scolaire et l'échelle de mensonge).

On déduit que leurs scores à l'échelle d'estime de soi générale sont au-dessous de la moyenne c'est-à-dire inférieure à la moyenne estimée qui est (18,46), sauf le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> cas. A l'échelle d'estime de soi sociale nos cas ont obtenu des scores inférieurs à la moyenne de (5,67), contrairement aux Cas (01), (03), (04) et le cas (07) qui est proche à la moyenne. Leur scores à l'échelle d'estime de Soi familiale sont bas par rapport à la moyenne (4,92) sauf dans les cas : (01) et cas (04). Ils ont eu des scores très bas par rapport à la moyenne dans l'échelle qui mesure l'estime de soi scolaire, à l'exception des cas : (01) et (04). On finit par l'échelle qui mesure le mensonge, nos Cas : (02), (06) et (07) ont obtenu un score inférieur à la norme estimée. Cela veut dire que nos sujets n'ont pas eu recours à la défense par rapport au test et ils sont objectifs dans leurs réponses. On constate que le nombre de sujet de notre population d'étude qui a une estime de Soi positive est estimé à (03/07) Cas.

Ils ont obtenu des scores variés, à l'échelle d'estime de Soi générale nos cas : (03) et (04) ont eu des scores supérieurs par rapport à la moyenne, le cas (01) est proche à la moyenne estimée. A l'échelle sociale nos sujets : (01), (03), (04) et le cas (07) qui est proche de la moyenne. Dans l'échelle qui évalue l'estime de soi familial, les cas : (01), (04) sont supérieurs à la norme, et le cas (05) qui est proche de la moyenne. A l'échelle mesurant l'estime de soi scolaire nos Cas : (01) et (04) sont supérieurs à la moyenne estimée. A la dernière échelle qui mesure le mensonge, nos cas : (01), (03), (04), (05) ont obtenus des scores élevés ou supérieurs à la norme estimée, et deux autres Cas ont des scores proches à la moyenne. Ce qui veut dire que ces sujets présentent une attitude défensive vis à vis le test et un désir de donner une bonne image de soi.

### III- Discussion des hypothèses :

Durant cette étude, on a tenté d'évaluer le niveau d'estime de soi chez les enfants énurétiques (l'influence de l'énurésie sur leur estime de soi) âgés entre 07 à 11ans. Ainsi d'étudier les difficultés d'adaptation de ces derniers à leur milieu familial (environnement familial) ce qui favorise une faible estime de soi chez cette catégorie d'enfants.

Après avoir présenté et interprété nos résultats obtenus dans notre pratique (résultats de l'entretien semi directif et données du test). On poursuit par avec la phase de discussion de nos hypothèses de recherche.

**Hypothèse 01 (Générale) : Les enfants énurétiques ont une estime de soi basse** cela va se refléter dans l'échelle de Cooper Smith sur l'échelle total un résultat entre 19 et 30 signifie un niveau d'estime de Soi bas.

L'énurésie a influencé négativement sur l'estime de Soi des enfants. Dans notre population d'étude, l'estime de Soi générale de la majorité des cas (04/07) est basse ce qui a été confirmé durant les entretiens précédents et l'échelle de Cooper Smith.

Le Cas de « Salima » présente une estime de Soi très basse avec un score de (11) à l'échelle de Cooper Smith.

Le Cas de « Mohamed Amine » présente une estime de Soi très basse avec un score de (15) sur l'échelle de Cooper Smith.

Le Cas de « Sawsan » présente une estime de Soi basse avec un score de (19) à l'échelle d'estime de Soi de Cooper Smith.

Le Cas de « Lahcen » présente une estime de Soi basse avec un score de (22) sur l'échelle de Cooper Smith.

A travers les résultats de nos Cas on remarque que l'énurésie a influencé négativement sur l'estime de Soi des enfants énurétiques de la population d'étude qui est due à plusieurs facteurs comme la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur, tel que le déménagement d'un lieu à un autre, en plus d'autres facteurs déclenchant.

Cette pathologie a influencé sur le niveau scolaire (résultats faibles), l'insertion sociale de ces enfants, c'est-à-dire ils se concentrent que sur leur énurésie et ils ont négligé leurs études. De plus le manque de communication familial à favoriser cette énurésie et ça a engendré même une estime de soi faible. Cela veut dire qu'ils ont perdu confiance en soi. Leur énurésie est la chose qui les dérange plus puisqu'ils se sentent différents des autres, ils se sentent aussi dégoûtés et humiliés.

Une étude menée sur un échantillon de 45 patients (enfants) âgés de (5 à 16) réalisé en service de pédiatrie à l'hôpital El-Edrisi du Kénitra du 12 février 2017 à août 2017 (Maroc),

ils ont observé que 24,4% de ces enfants avaient une faible estime de soi. Cela montre l'impact direct de l'énurésie sur le niveau d'estime de soi chez ces enfants, cela explique que l'estime de soi de ces enfants est altérée et influencée négativement par l'énurésie. Cette étude montre aussi que les garçons étaient les plus disposés à la baisse d'estime de soi ce qui a été confirmé aussi d'après nos résultats obtenus.

Une autre étude menée au quartier Hewa Bora à Lubumbashi (en République Démocratique du Congo) de juillet à octobre 2021 sur un échantillon de 1442 enfants énurétiques âgés entre (5 à 14 ans), dans cette étude ils ont montré que l'estime de soi de ces patients est basse.

De ce fait, il nous semble que notre première hypothèse est confirmée d'après les résultats obtenus.

**(Hypothèse 02 (partielle) : Les enfants énurétiques trouvent des difficultés d'adaptation dans leur environnement (milieu) familial ce qui favorise un niveau d'estime de Soi faible,** la chose qui se reflète à travers leurs relations et leurs comportements avec leurs familles.

Les enfants énurétiques (04/07 de la population d'étude) présentent des difficultés d'adaptation et de la mauvaise relation familiale. Ces Cas sont caractérisés par des perturbations psychologiques, un manque de la confiance et d'appréciation de Soi. De plus ils se sentent dévalorisés, ignorés, et rejetés par leurs famille (leurs parents surtout). Ce qui a renforcer leurs énurésie d'une part, et favoriser un estime de Soi faible aussi.

Une étude menée en Turquie en 2004 sur un échantillon d'enfants énurétique dont ils ont constaté que ces derniers présentent des difficultés d'adaptation dans leur milieu familial, c'est-à-dire ils se sont retrouvés seuls personne ne les soutiens à surmonter cette pathologie ce qui a favoriser ou engendré une estime basse (faible), ils ont constaté aussi qu'ils ont une mauvaise insertion sociale, ils ont même observé que 12,78% des enfants présentent une altération des performances scolaire cela veut dire que leurs résultats scolaires ont été altérés.

Donc on peut dire que notre deuxième hypothèse partielle qui indique que : « les enfants énurétiques trouvent des difficultés d'adaptation dans leurs environnement familial » est confirmée.

Toutes les hypothèses sont confirmées dans notre population d'étude, mais ces résultats obtenus on ne peut pas les généraliser sur tous les enfants qui présentent une énurésie, car ils ne représentent pas la population mère.

## *Conclusion*

Cette recherche intitulée « l'estime de Soi chez les enfants énurétiques », qu'on a réalisé au sein du centre unité de dépistage et de suivi scolaire (UDS), et L'E.P.S.P de EL-KSEUR, nous a permis de constater l'influence de l'énurésie sur l'estime de Soi de l'enfant, ainsi que les difficultés d'adaptation que les enfants énurétiques rencontrent dans leur environnement familial, ce qui engendre une faible estime de soi de ces derniers.

Pour confirmé nos hypothèses et atteindre notre objectif, nous avons opté pour l'étude de sept Cas qui font partie de la méthode descriptive, et nous avons complété nos observations par des entretiens successifs avec ses enfants, et la vérification est faite avec l'échelle de l'estime de Soi de Cooper Smith.

Les résultats que nous avons obtenus après la passation de cet échelle pour les sept Cas, la majorité des Cas 4/7 on permit de confirmer nos hypothèses, dont les enfants énurétiques ont une estime de Soi basse, et les difficultés d'adaptation que ces enfants rencontrent dans leur milieu ou environnement familial. En revanche les trois cas restant de notre étude ont une estime de Soi élevée.

Les résultats obtenus durant les entretiens et dans l'échelle d'estime de Soi confirment nos hypothèses (générale et partielle). Mais ils ne peuvent pas être généralisés, car notre population d'étude ne représente pas la population mère.

Enfin cette recherche reste une bonne expérience pour nous a travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur la question de l'estime de Soi chez les enfants énurétiques, malgré les résultats que nous avons obtenus, notre sujet reste limité et permet une ouverture sur d'autres pistes, nous espérons que notre travail sert d'exemple et de guide pour du futures recherches.

# *Liste Bibliographique*

## **OUVRAGES**

---

1. Ajuriaguerra, J. (1980). Psychiatrie de l'enfance, Paris : Masson.
2. André C. Lelord F. (1999), « L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres », Odile Jacob, Paris.
3. Anne-Marie, Lavarde. (2008), « Gide méthodologique de la recherche en psychologie », Bruxelles, de Boeck.
4. Audrest, M et all. (2002). Amidou et l'estime de Soi, Paris : ISPA.
5. Baudier, A. et Celeste B. (2004), « Le développement affectif et social du jeune enfant », Nathan/ S.E.J.E.R, Paris.
6. Bee H. Et Boyd D. (2004), « Psychologie de développement ». Ed Boeck. Belgique.
7. Billard, M. (2007). Guide de sommeil, Paris : Old Jacob.
8. Blanchet M. et Chevallier L. (2008), « l'échec scolaire », PUF, Paris.
9. Bouchut, E. (1955). Traite pratique des maladies des nouveaux nés : Des enfants à la mamelle, New York : Regent-Street.
10. Carol, tarviseted. (1999), « introduction à la psychologie », les grandes perspective, bruxelles de Boeck.
11. Catherine, J. (1997), le développement psychologique de l'enfant.
12. Chahraoui, K. et Benony H, (2003), « Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique », édition Dunod, paris.
13. Cochat, P. (1997). Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant, Paris : Elsevier.
14. Cooper Smith S. (1994), « Inventaire d'estime de soi », Copyright, Paris.
15. Cooper Smith, (1984), « l'inventaire de soi » paris, Centre de psychologie appliquée (CAA).
16. Cooper Smith, S. (1984), Inventaire d'estime de soi, éd Copyright, Paris.
17. Delphine, Martinot. ( 1995), « le soi », presse universitaire de Grenoble.
18. Duclos G. (2000), « L'estime de soi, un passeport pour la vie », Le Magazine, Paris.
19. Dumas J.E. (2002), « psychologie de l'enfant et de l'adolescent », De Boeck, Bruxelles.
20. Ebwel, J. (2014). Psychopathologie africaine de l'enfant : Manuel pratique, Belgique : PubliBook.

21. Fernandez, L. et Catteeuw M, (2001), « la recherche en psychologie clinique », édition Nathan, Paris.
22. Gueniche, K. (2000). Psychopathologie de l'enfant, Paris : Armand colin.
23. Gueniche, K. (2005), psychopathologie de l'enfant, Armand colin, France.
24. Gumuchian, H. et All, (2000), « Initiation à la recherche en géographie : Aménagement développement territorial, environnement », édition Economico, Paris
25. Helen, C. (2004), « Application clinique des diagnostique infirmiers », Ed Boeck &Larcier. Lieu NonTrouvé.
26. James, W. (1998), Prétentions et réussites, in bolognini m. preteur y. Estime de soi, perspectives développementales, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
27. Juliend, Daniel Guelfi. (1995). American psychiatric association- DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris : Masson.
28. Lavarde A.M, (2008), « Guide méthodologique de la recherche en psychologie », édition de Boeck, Belgique.
29. Lilian, M. (1991), Le développement de l'enfant 3eme édition.
30. Méthodologie
31. Monbourquette J. (2002), « De l'estime de soi à l'estime de soi », Ed Nouvalis/Bayad, Canada.
32. Monbourquette, J. (2002). De l'estime de Soi à l'estime du Soi, de la psychologie à la spiritualité, Canada : Novalis/Bayard.
33. Nevid, J. et All, (2009), « psychologie », 7eme édition, Pearson Education France.
34. Omar, aktouf. (1987), « méthodologie des sciences sociale et approches qualitatives des organisations », Québec, HEG press.
35. Pervin L. et John O. P. (2005), « La personnalité : de la théorie à la recherche », Ed de Boeck, Bruxelles.
36. Roussillon, R. (2014). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Paris : Elsevier Masson.
37. Saint. P de J. (1999), L'estime de soi confiance en soi, Inter édition.
38. Sentere, J et all. (1996). Pédiatrie-Capita Sélecta, Belgique : Grant.
39. Westen, D. (2000), « psychologie : pensée, cerveau et culture », édition de Boeck université, paris.

## **DICTIONNAIRES**

---

1. Bloch H. Et al. (2000), « Grand dictionnaire de la psychologie », Larousse, Paris.
2. Bloch, H et all. (2002). Le grand dictionnaire fondamental de la psychologie, Paris : Larousse.
3. Dictionnaire, (2012), « Larousse Médicale », édition, paris.
4. Doron R. Et Parot F. (2007), « Dictionnaire de psychologie », QUADRIAGE/ PUF, Paris.
5. Le petit Larousse. (,1997). Dictionnaire Encyclopédique, Paris : Larousse.

## **SITES INTERNET :**

---

1. Http :[www.oser-changer.com](http://www.oser-changer.com). Date : 02/03/2022, Heure 21 :13.
2. Http :[www.synergies-psy.com](http://www.synergies-psy.com). Date : 13/02/2022, Heure : 11 :55.
3. Http :[www.Patho08.com/estime-de-soi.htm](http://www.Patho08.com/estime-de-soi.htm). Date: 13/02/2022, Heure: 09:45.
4. Http://Fr.Wikipédia.org/ Wiki/Estime de Soi. (Consulté le 22/04/2022 à 21H).

## **THESES**

---

1. E L koukouchi, A. (2014). Intérêts et connaissances des médecins,généralistes et pédiatrie d'Ile de France sur la prise en charge de l'énurésie. Paris.
2. Lchguer, K. (2007). L'énurésie chez l'enfant : A propos de 154 Cas), Marrakech.
3. Dentz, J.P. (2009). Bilan et rééducation : Cadre santé et Kinésithérapeute, Stains.
4. Kabouya, E. (2004). La santé des algériens et des algériennes : MSP/Réf Hos. Oran.
5. Belhassane, H. (2019). La qualité de vie chez les patients énurétiques. Maroc.

## **REVUES :**

---

- ABID, A. (2009). L'énurésie et ses thérapies, Annaba : El –Tawassol n°24.

# *Annexes*

## *Annexe 1 : Guide D'entretien*

### **Guide d'entretien :**

#### **AXE 1 : données personnelles :**

- 1- Quel âge avez- vous ?
- 2- Quel est votre niveau scolaire ?
- 3- Quel est votre classement dans la fratrie ?

#### **AXE 2 : Avis de l'enfant concernant sa maladie :**

- 4- Que signifie pour vous l'énurésie ?
- 5- Depuis quand vous êtes énurétique ?
- 6- Age d'acquisition de la propreté ?
- 7- Qu'avez-vous ressenti quand vous avez su que vous êtes énurétique ?
- 8- Est-ce que vous souhaité avoir une autre maladie (trouble) que l'énurésie ?

#### **AXE 3 : Sur le plan relationnel (intrafamilial) :**

- 9- Quelle est la réaction de vos parents ?
- 10- Quelle est la réaction de vos frères et sœurs ?
- 11- Est-ce que vous communiquer facilement avec les membres de votre famille ?
- 12- Quelle est la personne la plus proche à vous au sein de votre famille ? et pourquoi ?
- 13- Est-ce que vous partagez vos sentiments et vos soucis avec votre famille ?

#### **AXE 4 : Sur le plan extrafamilial (sociale) :**

- 14- Quel est la réaction de votre enseignant à l'école ?
- 15- Comment vos camarades se comportent avec vous après votre atteinte ?

16- Est-ce que vous trouvez des difficultés d'adaptation au sein d'un groupe que ce soit à l'école ou en dehors de l'école ?

17- Comment il est votre rendement scolaire ?

18- Est-ce que vous pratiquez des activités en dehors de l'école comme le sport ?

**AXE 5 : Avis des parents d'enfants énurétiques (donnés parentales) :**

19- Comment votre enfant se comporte avec vous et avec ses frères et sœurs ?

20- Quelle est la réaction de votre enfant après avoir fait pipi au lit ou la culotte ?

21- Quelle est votre réaction en tant que parent envers votre enfant après avoir fait pipi est ce que vous l'accompagner ou vous le culpabiliser ?

22- Est-ce que vous pensez que votre communication familiale est saine ?

23- Est-ce que y'avait un nouveau événement ou situation qui a été peut être la source ou le résultat de ce problème d'énurésie ?

24- Est-ce que vous avez des antécédents familiaux concernant ce trouble ?

**AXE 6 : La vision sur l'avenir :**

25- Que souhaitez-vous faire dans l'avenir ?

26- Quels sont vos rêves ? Et si vous n'avez pas de rêves dites pourquoi ?

## Annexe 2 : Echelle d'évaluation d'estime de soi de Cooper Smith

Les expressions	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1. En générale je ne me fais pas de soucis.		
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.		
3. Il ya, en moins des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.		
4. J'arrive à prendre de décisions sans trop de difficulté.		
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.		
6. A la maison, je suis facilement contrarier.		
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelqu'un.		
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.		
9. En générale, mes parents sont attentifs à ce que je ressens.		
10. Je cède très facilement aux autres.		
11. Mes parents attendent trop de moi.		
12. C'est très dure d'être moi.		
13. Tout est confus et embrouillé.		
14. J'ai généralement de l'influence sur les autres.		
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même		
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.		
17. Je me sens souvent d'avoir envie de quitter la maison.		
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.		
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		

---

20. Mes parents le comprennent.		
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		
22. J'ai souvent l'impression d'être harceler par mon parent.		
23. En classe, je me laisse souvent décourager.		
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26. Je ne suis jamais inquiet.		
27. Je suis assez sûr de moi.		
28. Je plais facilement.		
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.		
30. Je passe beaucoup à rêvasser.		
31. J'aimerais être plus jeune.		
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.		
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.		
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.		
35. Je regrette souvent ce que je fais.		
36. Je ne suis jamais heureux.		
37. Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.		
38. En générale, je suis capable de me débrouiller tout seul.		
39. Je suis assez content de ma vie.		
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.		
41. J'aime tout les gens que je connais.		
42. J'aime être interrogé en classe.		
43. Je me comprends bien moi-même.		

---

44. Personne ne fait beaucoup attention a moi à la maison.		
45 .On me fait jamais de reproche.		
46. En class, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47. Je suis capable de prendre une décision er de m'y tenir.		
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être (un garçon, une fille).		
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.		
50. Je ne suis jamais intimidé.		
51. J'ai souvent honte de moi.		
52. Les autres viennent souvent m'embêter.		
53. Je dis toujours la vérité.		
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55. Je moque de ce qui peut m'arriver.		
56. Je réussis rarement ce que j'entreprends.		
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.		
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		

## INVENTAIRE DE COOPER SMITH

ترجمة: الدكتورة عبد الحميد عبد الحافظ

تعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك، إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة، ضع علامة (×) داخل المربع

في خانة "تنطبق"، أما إذا كانت العبارة لا تصف بما تشعر به فضع علامة (×) داخل المربع في خانة "لا تنطبق"

ليست هناك إجابات صحيحة و أخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعورك الحقيقي

من فضلك دون:

العمر:

إسم المدرسة:

الجنس:

الشعبة:

التاريخ:



لا تنطبق

تنطبق

- 1- لا تضايقتني الأشياء عادة.
- 2- أحد من الصعب علي أن أتكلم أمام زملائي في الفصل.
- 3- أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي .
- 4- لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي.
- 5- يسع الآخرون بوجودهم معي.
- 6- أتضايق بسرعة في المنزل .
- 7- أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة.
- 8- أنا محبوب بين زملائي من نفس الشيء.
- 9- يراعي والدي مشاعري عادة.
- 10- أستسلم بسهولة.
- 11- يتوقع مني والدي الكثير.
- 12- من الصعب جدا أن أظل كما أنا .
- 13- تختلط الأشياء كلها في حياتي.
- 14- يتبع زملائي أفكارني عادة.
- 15- لا أقدر نفسي حق قدرها .
- 16- أود كثيرا لو أترك المنزل .
- 17- أشعر بالضيق غالبا في المدرسة .
- 18- مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس.
- 19- إذا كان عندي شيء أريد فإني أقوله عادة .

- 20- يفهمني والدي .
- 21- معظم الناس محبوبون أكثر مني.
- 22- أشعر عادة كما لو كان والدي يدفعاني لعمل الأشياء .
- 23- لا أتلقى التشجيع غالبا في المدرسة.
- 24- أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر.
- 25- لا يمكن للآخرين الاعتماد علي.
- 26- لا أقلق على أي شيء أبدا.
- 27- أنا واثق من نفسي تماما.
- 28- من السهل على الآخرين أن يحبوني.
- 29- أستمتع أنا و والدي بقضاء الوقت معا.
- 30- أقضي وقتا طويلا في أحلام اليقظة.
- 31- أتمنى لو كنت أصغر سني.
- 32- أفعل أصوب دائما .
- 33- أشعر بالفخر بأدنى المدرسي.
- 34- يجب على الآخرين أن يخبروني بما يجب أن أفعله.
- 35- كثيرا ما أشعر بالندم على ما أقوم به من أعمال.
- 36- أنا لست سعيدا على الإطلاق .
- 37- أقوم بأعمالي بأفضل ما يمكنني (بأقصى جهدي).
- 38- أستطيع أن أعتني بنفسى عادة.
- 39- أنا سعيد للغاية.
- 40- أفضل اللعب مع أطفال أصغر منى سنا.



## **Résumé :**

Notre recherche porte sur « l'estime de soi chez les enfants énurétiques », cette recherche a pour objectif de décrire et comprendre l'impact négatif de cette pathologie sur la vie psychique des enfants puisqu'elle provoque des problèmes de comportement divers d'une part, et entrave leur bien être de fait qu'ils se sentent coupable, gêné, dévalorisé et inférieures au autre d'autre par. Sans nier les difficultés qu'ils rencontrent dans leur adaptation familiale vue qu'ils se sentent négliger, rejeté et mal compris en quelque sorte, de plus il les aident pas a surmonter leur pathologie qui entrave leur vie familiale et leur insertion dans le groupe sociale, cette étude nous a permis aussi de décrire et mesurer le niveau d'estime de soi de ces enfants. Pour vérifier nos hypothèses nous nous sommes présentés au sein du centre unité de dépistage et de suivi scolaire et L'E.P.S.P El- kseur.

Nous avons illustré notre recherche avec sept (07) cas que nous avons rencontrés chez les trois psychologues cliniciens : Mme Ait yahia, Mme Hadidi et Mme Aloui. Pour bien emmener ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas ainsi que l'entretien clinique semi directif, une échelle d'estime de soi de Copper Smith qui a divulgué un niveau d'estime de soi basse chez la majorité de nos cas (4/7).

**Les mots clés :** Estime de soi, Enfant, Enurésie.

## **Abstract**

Our research focuses on self-esteem in enuretic children this research aims to describe and understand the negative impact of this pathology on the mental life since it causes various behavioural problems on the one hand, and hinders their well-being so that they fell guilty, embarrassed, de values and interior to the other on the other hand. Without denying the difficulties they encounter in their family adaptation since, they fell neglected, rejected and somehow misunderstood; moreover it does not help them to overcome their pathology. Which hinders theirs family life and their integration into the social group, this study also allowed us to describe and measure the level of self-esteem of these children, to verify our hypotheses we went to the screening and school monitoring unit centre and, L'E.P.S.P El-kseur.

We have illustre our research with seven (07) cases that we encountered in the three clinical psychologist: Mme Ait yahia, Mme Hadidi and Mme Aloui, to carry out this work well, we opted for the clinical method of the type descriptive by cases study as well as the semi-directive clinical interview, Copper Smith self-esteem scale wich revealed a low level of self-esteem in the majority of our cases (4/7).

**Keywords:** Self-esteem, children, enuresis.