

L'énurésie et ses thérapies

Aicha-beya Menai Abid
Département de Psychologie
Université Badji Mokhtar-
Annaba

Résumé

L'énurésie traduit selon un mode psychosomatique, des difficultés, que rencontre l'enfant, au cours de son développement. On lui attribuait une étiopathogénie essentiellement physiologique, l'aspect psychologique est venu progressivement colorer la dimension somatique du trouble, grâce aux progrès considérables de la psychologie et aux différentes recherches effectuées ces dernières années, en particulier les études électro physiologiques du sommeil de l'enfant énurétique.

A travers les siècles, l'énurésie a suscité la curiosité de nombreux médecins. Ils lui attribuaient une étiopathogénie essentiellement physiologique, et s'intéressaient au trouble du seul point de vue symptomatique.

L'aspect psychologique est venu progressivement colorer la dimension somatique du trouble, grâce aux progrès considérables de la psychologie et aux différentes recherches effectuées ces dernières années, en particulier les études électro physiologiques du sommeil de l'enfant énurétique.

Littré donne la définition étymologique suivante : du grec Ev "dans" et oupov "urine"

ملخص

التبول "اللاإرادي" يكون وفق نمط سيكو سوماتي، حيث يترجم صعوبات يواجهها الطفل في مراحل نموه. سابقا فسر المنشأ المرضي على أساس فزيولوجي، الجانب النفسي يأتي تدريجيا ليصبغ البعد السوماتي للاضطراب وهذا بفضل التطور الهام في مختلف الأبحاث، وفي علم النفس في السنوات الأخيرة خاصة الدراسات الالكتروفيزيولوجية للنوم عند الطفل المصاب بمرض التبول.

“l'énurésie est un terme de médecine et signifie écoulement involontaire d'urine...” L'incontinence et l'énurésie, bien que tout fait différentes, dérivent toutes deux de la même étymologie.

PICHON cité par DUCHE (1987) invite à “réserver le nom d'énurésie à ce que l'on appelle parfois incontinence “essentielle”. Il ne faut pas y faire rentrer les incontinenances d'urine de nature symptomatique, ni celles qui ont une cause locale vraie, ni celles qui ont une cause neurologique”.

AJURIAGUERRA (1997) quant à lui définit l'énurésie : “On appelle énurésie le manque de contrôle de l'émission d'urine diurne ou nocturne, apparemment involontaire, persistant ou apparaissant passé l'âge où la maturité physiologique est acquise (à l'âge de 3 ans)”.

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

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

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

1) Classification

On distingue deux sortes d'énurésie :

- L'énurésie primaire (primitive, congénitale persistante selon la terminologie classique)

- L'énurésie secondaire (acquise)

Dans le cas de l'énurésie primaire, l'enfant n'a jamais cessé de se « mouiller ». La cause principale peut être une certaine accoutumance anormale à l'humidité.

Alors que dans le cas de **L'énurésie secondaire** l'enfant acquiert la propreté pendant un laps de temps plus ou moins grand - quelques mois, voire quelques années - puis recommence à mouiller son lit. Dans ce cas, les facteurs psychologiques traumatisants, d'ordre

affectif ayant favorisé ou déterminé la reprise, sont à considérer en premier plan.

On retrouve du reste souvent les mêmes causes déclenchantes à savoir mésentente familiale, foyer désuni, naissance d'un puiné, maladie de l'enfant...

Il est important également de faire la distinction entre l'énurésie nocturne et l'énurésie diurne.

- **l'énurésie nocturne** est de loin la plus fréquente et survient pendant le sommeil et dans le lit.

- **l'énurésie diurne**, comme son nom l'indique, survient pendant la journée ; l'enfant urine dans ses vêtements, il est éveillé, mais ne le fait pas pour autant volontairement.

Dans les rares cas d'énurésie diurne isolée, nous rejoignons l'avis de certains auteurs dont DUCHE et LACASSIE qui contestent son existence et pensent qu'il s'agit simplement d'enfants réalisant trop tard leur besoin d'uriner : cas d'enfants n'osant pas demander à sortir de la salle classe, ou d'enfants trop absorbés par leurs jeux ou encore cas survenant lors d'un éclat de rire ou d'une grande peur.

Quant à ceux qui soutiennent son existence, SOULE, BAKWIN, LAURET et HALLGREN ils la décrivent comme une miction involontaire, inconsciente (au moins lors de son déclenchement), incomplète, car souvent interrompue par l'enfant, et qui survient le plus souvent lors d'un effort physique, d'une émotion ou encore d'un éclat de rire.

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

L'énurésie mixte : elle revêt les deux formes précédentes, c'est-à-dire que l'enfant n'est propre ni de jour, ni de nuit.

2) Importance du problème

L'énurésie n'est pas grave en soi, car elle ne compromet pas le développement somatique de l'enfant. Elle est courante et finit souvent pas disparaître avec ou sans aide. Toutefois, elle n'en

constitue pas un sérieux handicap par ses répercussions sur la vie et quotidienne de l'enfant, son équilibre affectif et de sa socialisation.

En effet, l'énurésie est la cause de nombreuses railleries, humiliations et de l'exclusion de l'enfant de séjours chez des parents ou amis, des colonies de vacances et des internats. L'intérêt et l'importance de l'étude de l'énurésie réside dans le fait que celle-ci est un symptôme exprimant les malaises « à la jonction du psychologique et du somatique » SOULE (2003).

Elle vise selon DE CLERCK (1966) à résoudre par une transposition sur le plan physique, un conflit qui a surgit dans la vie affective de l'individu.

3) Diagnostic différentiel

Quand on se trouve en face d'un enfant qui urine au lit ou dans ses vêtements, deux conduites extrêmes sont à éviter :

- celle de lui faire subir systématiquement toute une panoplie d'investigations urologiques, et autres, qui ne manqueraient pas de le traumatiser inutilement, créant une véritable hantise de l'infirmité urinaire et risquant de faire obstacle à une psychothérapie éventuelle.

- celle de le considérer d'emblée comme énurétique et de passer alors à côté d'un cas rare heureusement d'atteinte organique grave.

Si le diagnostic de l'énurésie reste relativement aisé, il est, cependant, nécessaire de rappeler les cas où se pose la difficulté d'un diagnostic différentiel :

-L'incontinence

C'est une émission d'urine involontaire mais consciente, contrairement à l'énurésie qui est involontaire et inconsciente. L'incontinent ne ressent pas le besoin d'uriner et ne peut retenir ses urines qui s'écoulent malgré lui, malgré ses efforts conscients. Les incontinenances traduisent toujours l'existence d'une lésion organique précise et proviennent :

- de troubles neuromusculaires, dont le diagnostic est évident au simple examen et empêche toute confusion possible avec l'énurésie

- affections congénitales Spina bifida, aplasie sacrée
- lésions acquises myélites, traumatismes médullaires

- de troubles urologiques ou rénaux, dont le diagnostic ne nécessite, dans la grande majorité des cas, que des investigations simples:

- d'origine anatomique (malformations congénitales) obstacles sous-vésicaux provoquant une rétention chronique puis une miction

par regorgement, abouchement ectopique d'un uretère surnuméraire, rétrécissement du méat ...

• d'origine infectieuse ou irritative cystite aiguë ou chronique microbienne ou parasitaire, calcul de la vessie, uréthro-trigonite chez la fillette.

- La pollakiurie:

L'enfant a des mictions fréquentes et peu abondantes. Il a des envies urgentes d'uriner, ce qui l'empêche d'être propre. Si l'on peut craindre un trouble organique, toujours possible, Launay a montré néanmoins que "la plupart des pollakiuries qui coïncident avec une énurésie nocturne sont indépendantes de toute lésion organique ou métabolique, et ne peuvent se comprendre qu'en invoquant l'intervention du système nerveux (hyperexcitabilité neurovégétative, rôle de l'émotion, processus psychogènes avec facteurs obsessionnels à la base)".

Les polyuries

des diabètes sucrés et insipides, de diagnostics faciles.

4) Méthodes d'investigation

- pour les énurésies exclusivement nocturnes, le diagnostic d'énurésie est certain

- pour les énurésies à la fois diurnes et nocturnes, l'exclusion d'une anomalie organique repose sur des investigations simples et nullement traumatisantes :

1- exploration de la miction (que tout psychologue peut et doit réaliser surtout si l'enfant n'est pas orienté par un médecin, grâce à un interrogatoire minutieux de l'enfant et des parents, afin de savoir :

- Si l'enfant ressent des douleurs au cours des mictions ;
- Si le déclenchement mictionnel est difficile (impétuosité, effort de poussée)
- Si le jet n'est pas direct (pas droit)
- Si la miction n'est pas continue, trop lente (voire goutte à goutte)

2- Un examen physique complet avec exploration attentive des organes génitaux externes

3- Un examen cyto bactériologique et chimique des urines. Nous pensons que ces examens faciles permettent d'éliminer les affections organiques les plus courantes, et que les explorations plus poussées (urographie mictionnelle) sont, dans la grande

majorité des cas, injustifiées et surtout qu'elles ne sauraient être systématiques, compte tenu des risques de traumatisme chez l'enfant.

5) Physiologie de la miction

Il apparaît nécessaire dans cette étude sur l'énurésie de donner un petit aperçu sur la physiologie de la miction.

L'évacuation de l'urine a lieu en cas de besoin, mais peut se faire aussi sur commande, ce qui est rare dans le monde animal. L'évacuation est intermittente grâce à deux systèmes

- de rétention de l'urine dans la vessie ;
- d'évacuation de l'urine.

Le contrôle de la miction chez l'adulte est assurée la fois :

- par une musculature lisse involontaire vésico-urétrale innervée par des fibres végétatives, essentiellement parasympathiques
- et par une musculature striée volontaire (plancher pelvien) innervée par des fibres cérébrospinales des nerfs honteux internes.

L'ensemble fonctionnant de manière coordonnée, est sous la tutelle de structures nerveuses supérieures encéphaliques.

La rétention d'urine dans la vessie est assurée par deux muscles sphincters :

- le sphincter interne ou sphincter involontaire de la vessie qui ferme l'ostium interne de l'urètre
- le sphincter externe ou sphincter volontaire (plancher pelvien) qui ferme l'ostium externe de l'urètre.

L'expulsion de l'urine s'effectue par la contraction réflexe de la vessie et le relâchement (ouverture) des sphincters de l'urètre. A un certain degré de remplissage de la vessie, la musculature lisse de la vessie (detrusor) distendue, subit une contraction réflexe (centre vésical dans la moelle sacrée et fibres nerveuses parasympathiques) qui provoque l'expulsion de l'urine.

D'autres fibres musculaires lisses (du trigone vésical et du muscle rectoical) se contractent à leur tour, contribuant à l'ouverture de l'urètre. Enfin le sphincter involontaire se relâche, suivi du sphincter volontaire.

Le relâchement (ouverture) volontaire du sphincter extérieur peut d'ailleurs provoquer la contraction du detrusor et l'expulsion de l'urine

Le contrôle supérieur de la miction est complexe :

Plusieurs structures cérébrales (hypothalamus, rhinencéphale, noyaux sous-corticaux et surtout cortex) participent au contrôle de la miction.

Le cerveau exerce surtout un effet inhibiteur sur l'acte mictionnel, et peut fermer plus intensément le sphincter volontaire de l'urètre (rétention volontaire de l'urine]

L'encéphale est responsable du déclenchement volontaire de la miction;

Enfin, de nombreux influx sensitifs, sensoriels, émotifs, psychologiques dans le cerveau, peuvent donc avoir une incidence sur l'acquisition du contrôle mictionnel.

6) Acquisition du contrôle mictionnel et âge de la propreté

L'observation courante nous apprend, que dans le meilleur des cas, la propreté diurne n'apparaît chez l'enfant qu'à partir de l'âge de 2 ans et la propreté nocturne quelques mois plus tard, généralement aux environs de 3 ans.

On peut résumer l'acquisition du contrôle mictionnel en trois périodes

a) la période du réflexe vésical involontaire :

Jusqu'à l'âge de un an, la réplétion de la vessie déclenche automatiquement sa vidange par réflexe médullaire involontaire, inconscient, sans intervention des centres encéphaliques.

Si la mise sur le pot, à cet âge, s'accompagne d'une miction, c'est par réflexe primaire, résultant du contact des fesses sur le pot, et non par réflexe conditionné associant mise sur le pot et miction.

b) La période de maturation nerveuse

Entre 1 an et 2 ans, une nouvelle voie nerveuse devient progressivement fonctionnelle entre le centre vésical de la moelle sacrée et un centre nerveux supérieur cortical ALISON&MARTIN cité par FAVRE (1973)

Cette influence centrale permet à l'enfant la prise de conscience de son état de réplétion vésicale et lui donne la capacité de retenir volontairement sa miction, par inhibition du détrusor et contraction renforcée du sphincter strié

S'il peut retenir ses urines, par contre, il est encore incapable de déclencher volontairement sa miction, surtout si sa vessie n'est pas vraiment pleine FESSEL cité par SUTTER et DUCASSON(1967)

Durant cette période le nourrisson peut alors tirer profit de la mise sur pot à laquelle il associera le déclenchement de la miction, par réflexe conditionnel

Pendant le sommeil, le besoin impérieux d'uriner réveille en général l'enfant, qui urine, puis très souvent exprime son désagrément par des cris et des pleurs FICHEUX (1973)

c) La période d'achèvement du contrôle mictionnel

La progression de l'enfant dans l'acquisition de la maîtrise mictionnelle est souvent irrégulière, car interférent avec celle-ci, bien d'autres acquisitions que l'enfant doit réaliser pour son développement : marche, langage, développement neurosensoriel, neuromoteur HIGGINS, WILLIAMS et NASH cités par SOULE (2003)

APPROCHES THERAPEUTIQUES PRINCIPES ET LIMITES

Partant du principe qu'il n'y pas une énurésie spécifique, mais des énurésies, beaucoup d'auteurs sont d'accord pour dire qu'il n'existe pas un traitement spécifique et universel de l'énurésie, mais des traitements propres à chaque enfant.

Pour aboutir, ceux-ci doivent tenir compte de la personnalité de l'enfant, de son développement, de son âge, de son sexe de son tempérament et de son environnement familial.

1 -PROPHYLAXIE

Il est incontestable que la prophylaxie joue un rôle important dans l'éducation et la santé de l'enfant. LITTLE cité par KREISLER(1977) résume bien l'intérêt d'une telle mesure : "Si les parents et en particulier les mères pouvaient recevoir d'un médecin compétent des conseils à la fois amicaux et éclairés, concernant l'éducation, et faire preuve de compréhension intelligente vis-à-vis des besoins de leurs enfants pour y répondre de façon affectueuse, on observerait rarement l'apparition d'une énurésie". D'après DUCHE (1987), nombre d'énurésies dites congénitales ne sont en fait que de mauvaises habitudes imposées par le milieu, et le manque d'attention et de soins de la mère Il a été démontré que le nouveau-né exprimait son déplaisir, au contact de couches mouillées, par des cris. Une mère attentive, en s'efforçant de surprendre le moment de la miction de son enfant, peut lui éviter ainsi :

1- une tolérance anormale à l'humidité, point de départ d'une éducation sphinctérienne difficile

2- une mise sur le pot à heure fixe et souvent en dehors de ses besoins.

“La pendule est alors la plus grande ennemie de l’instinct” DOUMIC cité par DUCHE (1987).

D’après cet auteur, l’éducation sphinctérienne ne doit pas être précoce, car sa réussite est fonction de la maturation neuro-anatomique et ne doit donc être commencée que lorsque la marche est assurée, en repérant l’envie de l’enfant qui se traduit pas un trémoussement ou les mains entre les jambes.

Par ailleurs, l’éducation sphinctérienne doit commencer par l’éducation diurne. La propreté nocturne n’est acquise que quelques mois après l’apparition du contrôle mictionnel diurne.

Cette éducation, pour réussir, doit se faire bien entendu dans une ambiance familiale saine et décontractée en évitant les attitudes extrêmes, laxistes ou coercitives.

2 HYGIENE

• Hygiène de vie

Certains facteurs, tels que les mésententes parentales, les changements répétés du cadre de vie, les bruits... favorisent et entraînent chez l’enfant un état d’irritabilité, d’instabilité et d’énervement. Tous les auteurs sont d’accord sur :

- l’intérêt d’éviter de tels facteurs à l’enfant
- l’importance d’une vie calme, d’un sommeil suffisant et d’un contexte affectif constant.

• Hygiène du coucher

Sont à proscrire toutes les précautions “anti-fuites” telles que protection du slip, couches, langes, alèzes... qui contribuent à maintenir l’enfant dans une situation à la fois régressive et passive. D’après DUCHE “un énurétique restera “enfermé dans sa maladie” tant qu’il sera langé”. Par ailleurs, beaucoup d’auteurs conseillent :

- de faire coucher l’enfant sans culotte de pyjama afin de lui éviter un contact humide prolongé des régions génitales
- de faire dormir l’enfant seul dans un lit.

• Hygiène alimentaire

-L’élimination le soir d’aliments diurétiques tels que café, thé... fait l’unanimité de tous.

-Quant à la restriction liquidienne, les avis sont partagés. Certains auteurs, dont DUCHE sont en faveur d’une restriction des

liquides à partir de 16 h, que l'enfant est libre de suivre ou pas. Celle-ci impliquerait la responsabilisation de l'enfant et entraînerait sa participation active face à son trouble. Personnellement, nous pensons, comme beaucoup d'auteurs dont SOULE (2003) que la restriction n'empêche pas l'énurétique de mouiller son lit, alors qu'un enfant normal ayant bu une grande quantité d'eau, se lèvera la nuit pour uriner si besoin est. SOULE pense aussi qu'avec une telle méthode, on reconforte l'énurétique dans sa passivité, en le comparant à une "outre percée qui fuit à mesure qu'on la remplit". Des régimes hyper salés, aussi nombreux que variés (sandwichs très sales, sel sous forme de cachet...) ont été préconisés par différents auteurs, et sont basés sur le principe de l'effet inhibiteur d'un excès de sel sur le volume des urines ; ils sont accompagnés d'une restriction hydrique à partir de la fin de l'après-midi. Ces régimes pénibles et mal acceptés par l'enfant, nous paraissent excessifs peu probants et/ou sans résultats durables.

3 - EDUCATION MICTIONNELLE

- Cette éducation est basée sur des hypothèses - différentes selon les auteurs - d'immaturité fonctionnelle. Elle intéresse surtout les énurétiques diurnes ou mixtes et comporte deux principales méthodes :

1°-DUCHE (1987) cite la technique de HILL qui vise à faire boire à l'enfant une grande quantité d'eau dans la journée. La rééducation consiste à demander à l'enfant de retenir le plus possible ses urines, et a pour but de distendre la vessie et d'accroître sa capacité.

2°-La deuxième méthode, utilisée par LAURET (1978) repose sur l'hypothèse de l'immaturité mictionnelle. Cette rééducation dont les principes sont opposés à la première, consiste à faire uriner l'enfant dans la journée, non quand il le désire mais à intervalles réguliers, imposés. L'enfant doit uriner dans un premier temps, toutes les ½ heures, puis toutes les 1 heures puis toutes les 1heures1/2 ,2heures.D'autre part l'enfant est réveillé pendant la nuit, une fois, à heure fixe, la plus rapprochée du moment du mouillage. Le réveil de l'enfant doit bien sur être complet.

Il est important d'associer à cette rééducation une véritable gymnastique mictionnelle qui consiste à arrêter et à reprendre la miction au commandement.

Ce traitement nécessite la coopération de l'enfant et celle de son entourage, dure 3 à 5 semaines et nécessite la présence de l'enfant dans sa famille.

Nous considérons ces méthodes contraignantes autant pour l'enfant que pour la mère et ne l'avons pas intégrée dans notre protocole thérapeutique.

4-INFORMATION ANATOMOPHYSIOLOGIQUE.

Devant cette croyance de l'enfant à penser qu'il y a quelque chose de « cassé » dans son corps qui laisse passer l'urine malgré lui- croyance souvent entretenues par certaines mesures éducatives et certains traitements proposés- une information sur le fonctionnement urinaire simple et bien appropriée, contribue largement à démystifier de telles croyances, et permet de soustraire l'enfant à cette passivité contre laquelle il se sent impuissant et qu'il utilise toutefois comme excuse, qu'il prend bien soin de perpétuer.

De ce fait, il nous paraît indispensable de donner à l'enfant une telle information, dont nous empruntons l'essentiel à SOULE(2003).

Après avoir demandé à l'enfant, d'où vient l'urine ou elle est retenue, etc...., on lui fait dessiner comment il croit que ça fonctionne. Les réponses les plus diverses et les extraordinaires nous ont été données. C'est ainsi que Soraya 8 ans a dessiné au milieu de son abdomen un robinet qu'elle a immédiatement raturé. Interrogé sur le pourquoi de son geste, elle a rétorqué que «c'est rien il est cassé »

Nous demandons à l'enfant s'il désire connaître le fonctionnement réel en prenant l'enfant à nos côtés, nous dessinons schématiquement, tout en les désignant simultanément sur le corps même de l'enfant ,

- les reins en expliquant, selon l'âge de l'enfant, leur rôle, les fonctions du filtre rénal

- le rôle de l'urètre où coule le goutte à goutte urinaire ; le trajet de l'urine et l'orifice chez la fille et chez le garçon

- la vessie : son rôle de réservoir et sa distension progressive

- le sphincter : son rôle, sa fermeture, son relâchement au moment de la miction

- en nous référant au dessin, nous expliquons la relation sphincter-cerveau.

- enfin, nous décrivons la lutte qui s'installe entre la vessie pleine

qui veut se vider et le sphincter qui résiste ; au moment où il est sur le point d'être vaincu, il "appelle" le cerveau. Celui-ci perçoit bien l'appel, mais ne répond pas ou plutôt préfère dire « je m'en moque, moi je dors ». Alors le sphincter, las de lutter, se résout à laisser passer l'urine qui inonde le lit.

L'enfant à ce moment-là se sent "découvert" et justifie souvent son « non réveil » par un état de sommeil profond. C'est un moment tout indiqué pour expliquer à l'enfant le sommeil, ses différentes phases, le moment de la miction et enfin l'utilité de la thérapie par le réveil nocturne.

5- THERAPEUTIQUE PAR LE REVEIL NOCTURNE

D'après SOULE, la problématique de l'énurétique, peut se résumer de la manière suivante : la nuit, le seuil d'excitation suscité par la réplétion de la vessie, n'atteint pas le seuil du réveil complet de l'énurétique.

Deux solutions par palier à cet inconvénient :
- dans l'avenir immédiat, atteindre le seuil du réveil, en faisant intervenir des moyens externes (voix des parents, sonnerie...)
- dans l'avenir, en mettant en place une rééducation ou un conditionnement, visant à rétablir la véritable hiérarchie des seuils.

I) Réveil par les parents

Réveiller un enfant pour le faire uriner est un des premiers réflexes qu'à la mère face à l'énurésie ; mais elle le fait souvent de façon mal appropriée. Le moment du réveil est souvent mal choisi et l'enfant urine presque toujours mal éveillé. Devant l'insuccès d'une telle tentative, le geste de la mère finit par viser la protection de la literie plutôt qu'une rééducation quelconque.

Les auteurs sont unanimes sur le fait que, pour que le geste de la mère prenne une valeur de rééducation, il est nécessaire que :

- l'enfant soit réveillé à un moment précis, juste avant la miction, au moment où le sommeil est redevenu léger ;
- l'enfant doit être complètement éveillé, et n'urine pas en somnambule. Ce moment propice correspond à une phase de sommeil léger, c'est-à-dire environ 1 heure 30 après l'endormissement ou 3 heures après la dernière miction volontaire.

Deux moyens permettent de repérer le moment favorable
- lors de l'apparition de mouvements envahissant tout le corps, étirement, respiration accélérée...

- test thermique de DUCHE(1987) qui consiste à plonger la main de l'enfant dans l'eau froide.

- si l'enfant ne réagit pas, il est alors dans un stade de sommeil profond ; inutile de le réveiller

- si l'enfant retire brusquement sa main, le test est concluant. L'enfant est facile à réveiller et urinerait complètement éveillé. La preuve de son total éveil, est le souvenir qu'il garde ou non de cette miction le lendemain. Le test thermique est facilement adopté par les mères et souvent confié au grand frère ou à la grande sœur qui y trouve souvent un aspect ludique. C'est ainsi que presque la totalité de notre échantillon a adopté le principe, pour le laisser tomber après quelques essais, ne « tombant » pas toujours sur le moment propice. Cas de Moncef, Amel, Rachid...

Cette méthode permet un conditionnement et une rééducation. L'intervention des parents, pour être efficace, doit se faire par le parent qui n'a pas une attitude de complicité avec l'enfant, et peut-être remplacée après quelques temps par la sonnerie d'un réveil.

2) réveil par un avertisseur sonore

Parmi les nombreux moyens visant à réveiller l'enfant au moment de sa miction, nous citerons :

- le clamp à incontinence de Campbell, qui consiste à fermer le prépuce de l'enfant, qui se gonfle au moment de la miction et entraîne le réveil.

- le compresseur de la prostate, de Trousseau, qui agit sur le col de la vessie

- la pelote périnéale de Sicard et Paraf, qui exerce une pression sur l'urètre.

Ces moyens peu sympathiques rapportés par DUCHE (1987) sont efficacement remplacés actuellement par des avertisseurs sonores électriques qui bien que nombreux se basent tous sur le même principe et ne diffèrent que par de simples détails. Ce principe vise à réveiller l'enfant par un système de sonnerie, déclenché par l'urine, qui vient fermer le circuit électrique du matelas sur lequel il est couché. On obtient ainsi le réveil au moment où il devrait arriver naturellement. Parmi notre population étudiée, nous n'avons pas rencontré de familles utilisant ou connaissant ce dispositif. Cependant certaines, intéressées par le produit souhaitent l'acquérir et nous demandaient de leur fournir des détails tels le prix, l'endroit où le trouver...

a) présentation d'un modèle

Le succès thérapeutique du procédé a depuis 1904 suscité l'intérêt de plusieurs auteurs, qui ont largement contribué à son perfectionnement aux cours des dernières années.

Nous allons présenter un modèle actuel basé sur celui de Genouville 1908 et utilisé par SOULE, M (1973) :

- deux toiles métalliques carrées de 60 cm de côté. Un tissu isolant sépare ces deux électrodes. Le tout glissé dans une taie d'oreiller usagée et place sous le corps de l'enfant

- un boîtier contenant la pile et la sonnerie

- deux fils reliant les toiles au boîtier.

b) fonctionnement

Au cours de la nuit, lorsque l'enfant commence une miction, celle-ci va aussi tôt mouiller le tissu isolant, qui va ainsi devenir conducteur. Le circuit électrique se ferme et provoque la sonnerie. L'enfant se réveille, sa miction est interrompue. Il se lève, débranche les fils du boîtier pour arrêter la sonnerie et va continuer sa miction dans les toilettes. Dans un deuxième temps, il change la taie humide, contre une taie sèche, et remet l'appareil en état de marche.

c) action recherchée

SOULE, M.SOULE, N.(2003) écrit : "Il est indéniable qu'il s'agit d'un véritable réflexe conditionné, «car une fois le réflexe acquis, si la sonnerie est supprimée, on observe un déconditionnement progressif puis un reconditionnement rapide si celle-ci est établie. DUCHE (1987), quant lui pense qu'on ne peut pas parler ici de réflexe conditionné, car il faudrait pour cela que les stimuli n°1 et n°2 (pression intra vésicale et sonnerie) soient simultanés, or ici, la sonnerie retentit après la miction. Le processus, pour cet auteur est plus complexe qu'un conditionnement.

d) conseils d'utilisation

Le succès d'une telle méthode est étroitement lié au respect des recommandations données lors de sa prescription

- l'enfant doit uriner avant de se coucher
- il doit être suffisamment grand pour comprendre le fonctionnement de l'appareil

- l'enfant doit dormir avec seulement sa veste de pyjama, les fesses flues, reposant sur les électrodes afin d'éviter :
• un cataplasme humide au niveau des zones ano-génitales

- que la culotte ou le pyjama ne s'interposent pas, retardant par leur imbibition, le déclenchement de la sonnerie.

- l'enfant doit comprendre que ce traitement n'intéresse que lui ; il devra par conséquent s'occuper lui-même de mettre en marche l'appareil, de le débrancher ... Les parents interviendront dans un premier temps, uniquement pour familiariser l'enfant avec l'emploi de l'appareil.

- quand la sonnerie retentit, au début de la miction, l'enfant se lève, débranche les fils et va uriner. Les enfants jeunes sont aidés par un parent au début du traitement.

- la tache doit être changée ou retournée
- la date, l'heure et la dimension de la tache sont notés par écrit par l'enfant lui-même
- aucune récompense ne doit être donnée à l'enfant.

e) indications

Le succès d'une telle entreprise dépend essentiellement du comportement de l'enfant et de sa famille. Pour cela, le thérapeute n'insistera jamais assez sur les points suivants :

- l'avantage de la disparition du symptôme

- la nécessité d'une participation active de l'enfant dont dépend sa guérison qui signifie "indépendance"

- le respect de l'autonomie de l'enfant par ses parents, qui ne doivent intervenir que sur sa demande.

f) résultats

- efficacité du procédé :

Sans rapporter les résultats obtenus par les différents auteurs, nous dirons seulement que pour la plupart, ils sont positifs.

- **éléments de bon pronostic**

- le désir qu'à l'enfant de vouloir guérir

- la rapidité de son réveil à la sonnerie

- sa prise en charge par lui-même, (change son linge, met et remet l'appareil en marche...).

- **Éléments de mauvais pronostic**

- mauvaise volonté inconsciente traduite par

- l'oubli d'installer ou de réinstaller l'appareil

- oubli de noter les résultats ou le fait mal

- difficulté de se réveiller rapidement

•durée du traitement

D'après SOULE, le délai de guérison peut être relativement court. Parfois l'appareil n'est utilisé qu'une ou deux fois : l'enfant est guéri. Dans d'autres cas, il faut attendre plusieurs semaines. La majorité des auteurs sont d'accord pour dire que la durée du traitement varie généralement de 1 semaine à 4 mois.

6- THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE

Des médicaments, les plus divers, ont été proposés visant à lutter contre telle ou telle cause à l'origine du trouble.

I) Action sur l'hypertonie vésicale

Parmi les médications agissant sur l'hypertonie vésicale, citons les deux couramment utilisés, rapportés par DUCHE(1987) -l'atropine administrée par Bretonneau et Trousseau sous forme de belladone, à raison d'une goutte par année d'âge, 3 fois par jour, à pour but de lutter contre l'hypertonie vésicale. La reprise du traitement après la rechute, soldée généralement par un échec, permet de s'interroger sur l'efficacité du produit.

-La clomipramine (anafranil) et l'amitryptiline (laroxyl) ont une action similaire à l'imipramine.

Cette médication, loin d'être anodine, doit être administrée avec précaution. Dans les résultats positifs enregistrés, il faut prendre en considération le pourcentage élevé de guérisons obtenu du seul effet placebo.

Action des thymoanaleptiques

La gardénal a été proposé à la dose de 1 cg par année d'âge. Les résultats sont considérés comme plutôt négatifs, car il a été remarqué que ce médicament entraîne quelquefois chez les enfants une grande nervosité.

SOULE, M. SOULE, N. (2003) préconise son remplacement par l'atarax, équanyl, valium... Cette médication est indiquée aux énurétiques anxieux, s'agitant la nuit et sujets aux cauchemars. Le maxiton est proposé aux enfants dont le sommeil est "très lourd", aux doses de 5 mg par jour au dessous de 5 ans. Pour les plus âgés, on donnera 1 mg de plus par an et par jour.

Le traitement entraîne quelquefois une instabilité et une irritabilité diurne.

L'imipramine a un effet antidépresseur, elle agit :

1. sur la profondeur du sommeil en stimulant le système nerveux
2. Sur l'appareil mictionnel.

Par ses propriétés anti cholinergiques, elle relâcherait le détrusor de la vessie, augmenterait la capacité vésicale et la tonicité du sphincter. Elle agirait également sur l'équilibre général de la personnalité de l'enfant, lui permettant une meilleure adaptation avec l'entourage. Les effets secondaires sont : agitation, insomnie, irritabilité, nausée, vomissement, constipation...

On trouve l'imipramine dans le commerce, sous le nom de tofranil et est proposée par dose de 10 à 30 mg par jour après 9 ans, 20 à 50 mg après 12 ans, deux fois par jour.

- BROSIG, utilise avec succès le buscopan à raison de 1 à 4 comprimés

par jour en fonction de l'âge et de l'intensité du symptôme.

7- PSYCHOTHERAPIE

Le problème de l'enfant énurétique, ne peut être abordé du seul point de vue symptomatique, mais d'une manière plus globale et plus complète. La conduite psychothérapeutique multiforme répond à cette prérogative, dans la mesure où elle prend en considération l'enfant, son trouble, ses conflits conscients et inconscients et enfin sa problématique familiale.

Le thérapeute qui sait écouter et prendre en considération le problème psychologique que pose conjointement l'énurétique et sa famille, dédramatiser une situation conflictuelle et donner des conseils judicieux, réalise une bonne psychothérapie.

Pour mieux comprendre la démarche d'une telle méthode, nous verrons

- les principes de base de la psychothérapie de soutien
- la psychothérapie de suggestion
- la psychothérapie invigorative
- la psychothérapie analytique
- la psychanalyse
- le psychodrame.

1) Principes de base de la psychothérapie de soutien

Notre approche thérapeutique est inspirée par l'apport considérable de plusieurs auteurs dans le domaine, dont BERGE, A(1976). C'est ainsi que nous pensons à juste titre que le traitement de l'enfant énurétique nécessite un entretien minutieux et prolongé avec lui et ses parents. Il est important d'obtenir une coopération effective de la part

de ces derniers et les associer de manière intelligente aux mesures thérapeutiques proposées à l'enfant.

Pour ce faire, il est nécessaire de modifier certaines attitudes éducatives maladroites : punitions, humiliations, surprotection...

- éliminer de la vie quotidienne de l'enfant, tout excitant érotique direct ou indirect : partage de la chambre des parents ou du lit, toilette faite par quelqu'un d'autre ,supprimer le facteur d'irritation, de macérations locales : linge, couche...

- inciter les parents à offrir des compensations d'ordre affectif à l'enfant, valoriser et encourager ses initiatives personnelles, le considérer avec plus d'égard en le faisant participer concrètement à la vie quotidienne de la famille.

Du côté de l'enfant :

- dépister les bénéfices secondaires et permettre de les dépasser par des conseils judicieux à l'enfant et à son entourage .Il faut apprendre à l'enfant à se passer de l'aide de ses parents pour changer ses draps et dans certains cas les laver, et surtout insister sur l'intérêt d'une telle indépendance, sans pour autant que cela devienne une corvée infligée à l'enfant en guise de punition.

-susciter le désir de guérir et le renforcer en mettant en évidence les avantages de la guérison. Lui donner confiance en soi, en expliquant à l'enfant les privilèges de ne plus être traité en bébé ; qu'en grandissant il est loin de perdre ses droits à l'amour parental mais qu'il sera aimé d'une autre manière.

- apaiser son sentiment de culpabilité en jouant le rôle d'un "surmoi" raisonnable". Le psychothérapeute abordera objectivement, sans angoisse ni colère, n'importe quel sujet en insistant sur le caractère involontaire et inconscient du symptôme.

- atténuer le sentiment d'infériorité et la peur de castration surtout si cette dernière est encore consciente et entretenue maladroitement par des attitudes menaçantes de l'entourage.

- enfin, canaliser les manifestations agressives et ambitieuses de l'énurétique vers des activités créatives dont il pourra tirer satisfaction : activités artistiques et sportives danse, sport... sont tout indiquées. Cette psychothérapie, associée à une thérapeutique par le réveil nocturne, une rééducation mictionnelle et une information anatomophysiologique, donne, dans la majorité des cas, des résultats tout à fait satisfaisants.

2) La psychothérapie de suggestion

Un passage d' A. BERGE résume admirablement bien cette attitude psychothérapeutique :

“Lorsqu'un homme a son “docteur”, il a besoin de croire et de proclamer que c'est le meilleur du monde, et il trouve dans cette croyance quelque chose qui le reconforte et le grandit lui-même en le mettant au-dessus des menaces du destin. Dès l'instant qu'un lien de ce genre s'est établi, on voit tout l'avantage “narcissique” que le malade peut tirer du succès de sa cure”.

La prescription médicamenteuse comme support à la suggestion paraît inutile pour certains auteurs, et nécessaire pour d'autres .Elle peut être également étayée par des procédés suivants :

- la tenue d'un calendrier où sont notées les nuits sèches et celles mouillées
- la mesure de la tâche
- la prescription d'une rééducation mictionnelle du jour en développant une certaine valorisation de la maîtrise mictionnelle.
- l'utilisation de l'avertisseur sonore, procurant à l' enfant une certaine autonomie.

3) La psychothérapie invigorative

Son utilisation est contestée par beaucoup, car elle fait appel la crainte et à la peur ; et peut mettre en cause l'équilibre affectif de l'enfant. SOULE, M., SOULE, N. (2003) a remarqué de nombreux cas d'énurétiques, guéris spontanément entre la date de prise du rendez-vous, et le jour de la consultation. Ceux-ci présentaient quand même, malgré la disparition du symptôme énurétique, divers troubles : peur, anxiété, phobie, hyperémotivité...

4) La psychothérapie analytique

Elle permet de rechercher et de mettre à jour s'il y a lieu, le traumatisme initial. Elle dévoile à l'enfant le lien qui unit ce traumatisme au symptôme et tente de lui faire accepter les vérités, non sans les présenter sous le meilleur aspect. Elle met à découvert les mécanismes de défense mis en œuvre par le MOI pour lutter contre l'angoisse et permet au MOI de se libérer des entraves qui gênent son action volontaire et sa maturation. Cette restructuration dynamique de la personnalité de l'enfant amène la disparition du symptôme ou sinon sa diminution.

C'est une psychothérapie relativement courte, la personnalité de l'enfant étant moins bien structurée que celle de l'adulte et les racines des problèmes en cause moins profondes.

5) La psychanalyse infantile

Son indication pour énurésie est exceptionnelle, et se fait dans le cas où le symptôme est associé à une atteinte grave de la personnalité de l'enfant, s'inscrivant dans un contexte névrotique ou prépsychotique.

6) La psychothérapie de groupe

Cette méthode s'adresse à des enfants à partir de 6 ans et nous sommes tout à fait d'accord avec DILAIN(1974) pour dire que pendant cette période la vie affective de l'enfant est dominée par la scolarisation et par conséquent par l'intégration à la vie de groupe avec tout ce que celle-ci implique :compétition scolaire, rivalité, socialisation

Le groupe fait donc partie intégrante de la vie de l'enfant et celui-ci attache beaucoup d'importance à tout ce qui lui vient de ses "copains". C'est là que la thérapie de groupe est intéressante car :

- le groupe développe un sentiment de sécurité ; il fait sortir l'enfant de son isolement. L'enfant comprend qu'il n'est pas le seul à souffrir d'un tel handicap, qu'il prend souvent soin de cacher à ses camarades. Cette forme de solidarité redonne souvent à l'enfant confiance en lui, et lui permet de se sentir plus fort, pour affronter les différents inconvénients qui découlent de sa situation d'énurétique.
- le groupe permet de démystifier et dédramatiser le symptôme qui n'apparaît plus comme une maladie mystérieuse et honteuse, puisqu'on "peut" en parler avec les autres.
- le groupe peut également favoriser la guérison par un phénomène d'imitation.

7) Le psychodrame

Cette méthode mise au point et utilisée par SOULE & collaborateurs a pour but de bouleverser la passivité de l'enfant et de susciter la réorganisation dynamique de sa personne.

Cette psycho dramatisation peut prendre divers aspects :

- a) attitude psychodramatique

Il est nécessaire d'établir avec l'enfant une relation directe, de parler objectivement avec lui de son appareil urinaire, de ses mictions, de son urine.

Le déculpabiliser en abordant le sujet avec franchise lui évitant ainsi toute inquiétude et enfin refuser de se "situer dans une perspective de

maladie médicale, de traitement imposé et d'intervention des parents”.

b) informations anatomophysiologiques

Le thérapeute fait en sorte que l'attitude psychodramatique décrite plus haut, prenne l'aspect d'un véritable jeu où l'enfant devient l'observateur des phénomènes dont il est à la fois le terrain et l'enjeu. L'enfant est placé aux côtés du thérapeute, face à la feuille sur laquelle ce dernier reproduit le dessin en le personnalisant. Il parlera donc du rein de A., de la vessie de A. et de A., pour désigner les centres supérieurs.

Durant les explications, l'enfant est tenu par le bras. Ce contact permet de percevoir les réactions tonico-émotionnelles et de déceler les gênes éventuelles. Ce contact est renforcé quand le thérapeute, situé directement sur l'enfant, l'emplacement de ses organes, et lorsqu'il sert l'index de l'enfant pour symboliser le rôle du sphincter urétral.

Face à ces explications, l'enfant est à la fois gêné, contraint, amusé, et enfin détendu notamment au moment où le thérapeute fait prononcer à A. la phrase : “Je m'en moque, moi je dors..”

c) dramatisation des instances topiques

Deux techniques sont utilisées. La première est destinée aux jeunes enfants de moins de 10 ans, la deuxième, pour les plus grands.

- Avec les jeunes enfants

-Premier temps :

L'enfant joue le rôle de l'urine qui veut passer. Le médecin joue le rôle du sphincter qui refuse le passage de l'urine. En raison de l'inégalité des forces physiques des deux protagonistes, la lutte est remportée par le médecin.

- Deuxième temps

Renversement des rôles. L'enfant joue le sphincter, le médecin l'urine, qui veut passer. L'enfant s'attend à être vaincu tout comme la fois précédente, mais le médecin n'utilise pas sa force et se fait tentateur “laisse moi passer, personne n'en saura rien. Regarde A., tu peux l'appeler, il dort, et il s'en moque, laisse moi donc passer”. Puis le médecin va plus loin dans la tentation : “Laisse moi passer, tu verras c'est doux, c'est chaud, c'est agréable, et de toutes les façons maman te nettoiera demain. Personne ne t'en voudra puisque tu dors”. L'enfant atteint par son point faible, laisse passer le médecin, puis se

reprend, mais trop tard ; fait le geste de celui qui a commis une erreur par inattention et rougit.

Il est des lors facile de faire comprendre à l'enfant que cela doit se passer ainsi pendant la nuit, en se laissant bercer comme par une voix connue.

-Troisième temps

L'enfant joue son propre rôle, en train de dormir sur le divan. Le médecin jouant l'urine, réitère son discours tentateur ; mais au moment où il dit "tu vois, A. dors, il s'en moque", souvent l'enfant réagit, se lève, prend part au jeu et met ainsi fin à cette scène en miroir qui exprime trop la réalité.

-Avec les enfants plus grands

SOULE utilise soit le psychodrame individuel, soit le psychodrame avec plusieurs enfants.

Le conducteur de jeu utilise tous les procédés du psychodrame : jeux en miroir, renversement de rôle, jeux symétriques...

Les scènes proposées sont toujours en rapport avec l'énurésie : le réveil de l'énurétique qui a mouillé son lit, la réaction de ses parents face au pipi, son sommeil...

La réaction de chaque participant est pleine d'enseignement et permet au thérapeute d'expliquer plus facilement à chacun la signification de son symptôme, de son sommeil et de son attitude en général.

L'auteur a constaté que ces psychodrames permettent d'apprendre sur l'enfant beaucoup plus de choses que ne pourrait le faire un entretien aussi poussé soit-il.

d) le psychodrame analytique

Son utilisation est limitée aux seuls cas où l'énurésie de l'enfant n'est qu'un symptôme parmi d'autres plus graves, relevant d'une structure pathologique complexe.

CONCLUSION

Pour conclure, nous dirons que l'énurésie est un trouble mineur qui s'inscrit dans le développement normal de l'enfant. Cependant dans certains cas, son incidence sur le vécu de l'enfant et sur celui de sa famille prend une dimension malencontreuse.

D'un autre côté et au vu des différents cas de notre étude et de leurs diversités, nous adhérons pleinement à l'idée défendue par plusieurs auteurs qui soutient qu'il n'y a pas une énurésie spécifique, mais des énurésies aussi spécifiques que variées. Par conséquent, et à partir des cas rencontrés nous pouvons dire qu'il y a autant d'enfants

énurétiques [avec une histoire personnelle, une famille propre, un environnement et des conditions particuliers] qu'il y a de types d'énurésie et qu'il ne pouvait donc exister un traitement spécifique de l'énurésie. C'est ce qui explique que nous n'avons pas opté pour une approche thérapeutique unique.

De ce fait, et comme nous l'avons démontré précédemment, nos approches thérapeutiques étaient diverses, utilisant des moyens à la fois variés, singuliers et propre à chaque enfant.

Bibliographie

- 1 -DUCHE. D.J. 1987, L'énurésie P.U.F. Paris
- 2 – DE AJURRIAGUERRA, 1979, Manuel de psychiatrie de l'enfant
- 3 -KREISLER, L. 1977. Enurésie. Encycl. Méd. Chir., Paris
- 4 -LACASSIE, R. 1992.L'énurésie .Presse Méd.
- 5 - HALLGREEN, B .1977 .Enuresis : a clinical and genetic study.
SOULE, M., SOULE, N. 2003 L'énurésie.Etude Clinique, diagnostique
et thérapeutique. Ed.soc. Paris
- 6- SOULE, M.,1973 L'enfant qui mouille son lit. Conférence non publiée,
Paris
- 7 - DE CLERCK ,J. ,1966 Mars Bulletin de Psychologie
- 8 - FAVRE ;D.T. ,1982. Lénurésie de l'enfant.Données
cliniques,pathogéniques et thérepeuti- ques.Th.med .Marseille
- 9 -SUTTER et DUCASSON , 1977. Enurésie. E.M.C.
- 10 - FICHEUX , A. ,1973. Difficultés du contrôle sphinctérien. Vie méd.
- 11 - LAURET, G. 1978. Incontinence d'urine. Enurésie.E.M.C. ped
- 12 - BERGE, A. ,1976 .Le facteur psychique dans l'énurésie. Ed du seuil
- 13 - DILAIN, C., 1976. Traitement des enfants énurétiques par une
technique éducative de groupe . Th.med. Paris VII.
- 14- WIDLOCHER 1980. Le psychodrame chez l'enfant. P.U.F. Paris
- 15- ZERDOUMI, N.1979. Enfants d'hier. L'éducation de l'enfant en milieu
traditionnel Algérien.
- 16-TOUALBI, N.1974 , La circoncision. Blessure narcissique ou promotion
sociale ? S.N.E.D. Alger.