

## L'Enfant énurétique

**Intessar Sahraoui**  
**Université Mouloud Mammeri**  
**TIZI – OUZOU**

L'énurésie est une miction involontaire diurne ou nocturne, on ne devrait pas dire qu'un enfant est énurétique à moins qu'il se mouille régulièrement (plus de deux fois par semaine) après l'âge de cinq ans. Le médecin de premier recours est le plus souvent confronté à une famille qui consulte pour énurésie nocturne.

Les questions fréquentes qui se posent dans le cadre de cette prise en charge sont:

- L'énurésie est-elle une maladie ? Quelles en sont les causes? Justifie-t-elle systématiquement une consultation médicale? Les examens complémentaires sont-ils indispensables? Faut-il toujours traiter? La bibliographie sur le sujet est conséquente, mais le clinicien risque d'être vite inondé d'informations souvent contradictoires, l'obligeant à faire des choix opérationnels, sans prétendre vouloir apporter des solutions miracles au traitement de l'énurésie, il se trouve devant plusieurs thérapies ;(Les thérapies de motivation, Les thérapies comportementales, Les exercices de Kegel, La prise en charge psychologique, La médication, et quelques mesures générales à recommander aux parents). Notre propos est de faire le point sur la prise en charge de l'enfant énurétique à la lumière des dernières publications et recommandations.

التبول اللإرادي، هو تبول نهاري أو ليلي غير متحكم فيه، فلا يمكن التحدث عن الطفل الذي يعاني من هذا التبول، إلا إذا بلل نفسه (أكثر من مرتين في الأسبوع)، وفاق سن الخامسة من العمر.

الطبيب المستشار يواجه مرارا العائلة التي تعاني من التبول اللإرادي الليلي، و بالتالي الأسئلة التي من الواجب طرحها في إطار التكفل العلاجي هي:

هل التبول اللإرادي هو مرض؟ و ماهي الأسباب التي تؤدي إلى ذلك؟ هل يؤدي ذلك حتما إلى الاستشارة الطبية، هل الفحوصات التكميلية ضرورية؟ وهل يجب دوما العلاج؟. إن وفرة المراجع في هذا الميدان، يجعل المختص النفسي مواجهها لمعلومات متناقضة، تُجبره على الاختيار الإجرائي، دون الصبا إلى المساهمة في حلول ذات معجزة لعلاج هذا التبول اللإرادي، ليجد نفسه أمام العديد من أنواع العلاج (العلاج التحفيزي، العلاج السلوكي، تمارينات كيفل، التكفل النفسي، المداواة، و بعض المبادئ العامة التي يجب إتباعها من طرف الأولياء). ما يهم أساسا في هذا المقال هو التطرق لكيفية التكفل العلاجي بالطفل الذي يعاني من التبول اللإرادي، حسب التوصيات و المطبوعات الأخيرة.

## Introduction

L'énurésie est une miction involontaire diurne ou nocturne chez un enfant de plus de cinq ans. Le médecin de premier recours est le plus souvent confronté à une famille qui consulte pour énurésie nocturne.

Les questions fréquentes qui se posent dans le cadre de cette prise en charge sont:

L'énurésie est-elle une maladie ? Quelles en sont les causes? Justifie-t-elle systématiquement une consultation médicale? Les examens complémentaires sont-ils indispensables? Faut-il toujours traiter? La bibliographie sur le sujet est conséquente, mais le clinicien risque d'être vite inondé d'informations souvent contradictoires l'obligeant à faire des choix opérationnels. Sans prétendre vouloir apporter des solutions miracles au traitement de l'énurésie, notre propos est de faire le point sur la prise en charge de l'enfant énurétique à la lumière des dernières publications et recommandations.

### 1- Quelques notions d'épidémiologie.

L'acquisition de la propreté diurne se fait avant l'acquisition de la propreté nocturne, cette acquisition de la propreté s'effectue habituellement à partir de 18 mois pour la propreté diurne et entre 3 et 5 ans pour la propreté nocturne.

15 à 20% des enfants ont acquis la propreté nocturne à trois ans, 70 à 80% à quatre ans, 80 à 90% à cinq ans et 98 à 99% à l'adolescence. Pour la propreté diurne, ce chiffre est de 25% à deux ans, 85% à deux ans et demi et 98% à trois ans. (Girardin E., 2002, p631)

La prévalence de l'énurésie est difficile à estimer. Elle est fréquente en France au moins 400 000 enfants de cinq à dix ans seraient concernés: 15 à 20 % des enfants de cinq ans, 8 % à l'âge de sept ans, 5 % à dix ans et 3 % entre douze et quinze ans.(Cochat P., Gouda H., 1997, p 80), (Collet J.P., Simone M.F., Cochat P., 1993, 703)

Selon certains auteurs, 10 à 15 % des enfants de six à sept ans sont énurétiques, avec une nette prédominance masculine (sex-ratio = 3/1) trois garçon pour une fille en moyenne, et autant d'enfants du même âge

ont des fuites urinaires diurnes ou des impériosités mictionnelles. (Avérus M., 1992, p2)

Ces chiffres témoignent de l'intérêt que chaque professionnel de l'enfance doit porter à l'énurésie, dont le pronostic repose essentiellement sur son retentissement sur la vie familiale, sociale et scolaire de l'enfant. Son caractère bénin et parfois honteux fait que l'énurésie est souvent négligée par les médecins ou cachée par les parents.

## 2- Sémiologie de l'énurésie.

**On ne devrait pas dire qu'un enfant est énurétique à moins qu'il se mouille régulièrement (plus de deux fois par semaine) après l'âge de cinq ans.**

- **L'énurésie primaire**

L'énurésie nocturne **primaire** désigne des mictions involontaires pendant la nuit, à un âge où la propreté est généralement acquise. L'énurésie est dite primaire lorsque l'enfant n'a jamais réussi à contrôler sa vessie. Elle est la plus fréquente (80%).

- **L'énurésie secondaire**

Secondaire lorsque l'incontinence se déclare de nouveau après au moins six mois de continence.

L'énurésie secondaire impose, dans un premier temps, d'éliminer une cause organique: infection urinaire, diabète, constipation, néphropathie débutante et diabète insipide central révélés par une polyurie et une énurésie. La survenue d'un événement traumatique est souvent au premier plan. (Prouff J. et col, 1995, p264)

## 3- Les principaux facteurs d'énurésie.

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

Ces différents facteurs mis en cause sont souvent intriqués, même s'il est possible d'en individualiser un prédominant chez un enfant donné. C'est en ce sens que l'énurésie doit retrouver sa valeur de « symptôme »

et, selon M. Fischbach, « elle est plus un état transitoire qu'une maladie fixée » (Fischbach M., 1997, p 94)

### **3-1 Facteur familial et génétique.**

La prédisposition familiale de l'énurésie est incontestable; Certaines statistiques font ressortir que l'enfant a sept fois plus de risques d'être énurétique si son père l'était dans l'enfance et cinq fois plus si sa mère souffrait d'énurésie. Des gènes ont pu être incriminés dans certaines formes familiales, dont le gène ENUR 1 sur le bras long du chromosome 13. (Lottmann H. 2002, p5-6)

### **3-2 Facteurs physiologiques.**

Le **facteur vésical** : l'énurésie nocturne apparaît comme un retard dans la maturation des voies nerveuses contrôlant la production d'urine et de la fonction nocturne de la vessie. En effet, une **polyurie nocturne** (ou hyperdiurèse nocturne), résultant d'un défaut de sécrétion nocturne d'hormone ADH (hormone anti-diurétique) est retrouvée chez 2/3 des enfants énurétiques. Aussi différentes études ont montré que la capacité vésicale nocturne des enfants énurétiques était plus faible que ceux d'enfants « sains » et qu'une hyperactivité vésicale (ou impériosités) survenait dans les deux premiers tiers de la nuit, au cours du sommeil profond, ce qui explique que l'enfant ne se réveille pas. Toutefois il faudra toujours éliminer un trouble organique tel que :

- malformation de l'appareil urinaire d'origine génétique,
- infection urinaire,
- diabète,
- constipation ou encoprésie. (Prouff J. et col, 1995, p265)

### **3-3 Le sommeil.**

La profondeur du sommeil est souvent évoquée par les parents : « Docteur, il dort si profondément que je n'arrive pas à le réveiller ». Cette hypothèse est rarement contestée par les médecins, bien que l'organisation du sommeil soit normale chez l'enfant énurétique. L'énurésie peut survenir à tous les stades du sommeil, même si elle est plus fréquente en début de nuit et au cours du sommeil lent.

En fait, le sommeil n'est pas plus profond chez l'enfant énurétique que chez l'enfant propre la nuit, mais son seuil d'éveil est plus élevé. IL est clairement démontré que la réaction d'éveil induite par la réplétion vésicale est perturbée. L'enfant propre la nuit poursuit son réveil quand sa vessie est pleine, alors que l'enfant énurétique poursuit ses cycles normaux de sommeil. En effet beaucoup d'études sur le sommeil ont

démontre qu'il n'y a aucune perturbation des traces EEG ou polygraphiques nocturnes.

(Avérous M., Robert M., Billiard M., Guiter J., Grasset D., 1991, p2284)

### **3-4 Facteurs psychologiques.**

L'origine de l'énurésie est souvent d'ordre psychologique. Par exemple, une éducation trop rigide, un événement marquant comme l'arrivée d'une petite ou d'un petit frère –naissance d'un puiné-, séparation familiale, une affection somatique, début de scolarité ou mise en internat... etc. peut être à l'origine de l'énurésie chez l'enfant.

L'énurésie entraîne une souffrance de l'enfant, mais lui procure également une satisfaction libidinale directe ou indirecte, variable selon le cas.

- **Enfant opposant / agressif**

L'énurésie prend ici la signification d'une manifestation d'opposition. L'enfant tente d'utiliser son symptôme comme un moyen de pression ou de rétorsion en face des exigences parentales concernant l'éducation sphinctérienne.

- **Enfant inhibé / passif**

Il s'agit d'un contexte très voisin du premier dans son déterminisme, même si l'aspect clinique paraît très différent l'enfant ne paraît pas concerné par son énurésie et ne montre pas de culpabilité évidente, un peu comme si tout cela ne lui appartenait pas. En fait, il se présente comme passif, inhibé, timide, apathique. Plus significatif encore on note assez souvent une composante masochiste : recherche inconsciente des punitions, attitudes d'échec. Cet enfant présente des difficultés à assumer la composante agressive de sa personnalité : inconsciemment effrayé par cette agressivité, il la réprime, la retourne contre lui-même. Le symptôme prend ici encore une valeur agressive, en demi-teinte : agressivité à la fois dirigée vers les parents et retournée contre soi-même.

- **L'enfant hyper-émotif / immature**

L'énurésie est le symptôme d'un désir de régression infantile. L'enfant tente de rétablir une situation de dépendance accrue à sa mère, il retrouve les bénéfices et les plaisirs prodigués par les soins maternels (contact intime avec la mère, toilette, couche, etc...) lorsqu'il était un bébé ou un tout jeune enfant.

- **L'enfant présentant des symptômes névrotiques**

A la fin de la période de latence ou en début de puberté, l'énurésie apparaît dans certains cas, comme la manifestation d'un plaisir organique centré sur la zone urétrale et génitale. Constituant un équivalent masturbatoire, une satisfaction partielle, un compromis entre plaisir et angoisse, l'énurésie peut être ici comparée à un symptôme névrotique, se traduisant dans le corps. En période œdipienne, l'aspect névrotique du symptôme peut être retrouvé dans les bénéfices secondaires prodigués par la sollicitude et les soins maternels. (Prouff J. et col, 1995, p266)

Même les psychanalystes contemporains confirment aussi que Certains enfants en retirent les mêmes bénéfices secondaires par les soins corporels et l'attention qu'elle impose à la mère de l'enfant. (Diatkine R., 1957, p 415).

#### **4- La prise en charge.**

La prise en charge de l'énurésie ne sera proposée qu'à un enfant désireux de guérir. Elle repose dans un premier temps sur une modification des habitudes c'est à dire sur le bannissement des couches, la limitation des boissons après 18 heures et sur la miction avant le coucher. En cas d'échec de ces mesures simples, nous aurons alors recours à d'autres méthodes.

##### **4-1 Les thérapies de motivation.**

La psychologie est essentielle dans la prise en charge de l'énurésie, Ainsi la mise en place d'une thérapie par la motivation de l'enfant peut être une solution. Tout d'abord l'entourage de l'enfant devra être vigilant à mettre en place un environnement favorable. Des dialogues simples avec l'enfant et une dédramatisation de ses troubles ne peuvent qu'améliorer et accélérer la prise de conscience chez l'enfant. Avoir recours à l'auto- contrôle comme la tenue d'un calendrier mictionnel où l'enfant va dessiner un soleil ou un nuage (*en fonction de la fuite ou non*) permettra à l'enfant de prendre conscience de ses progrès. Une petite récompense peut être parfois associée afin d'entretenir la motivation de l'enfant.

Mais il faudra que les parent surveillent l'enfant a distance (afin de contrôler les véritable résultats car l'enfant a tendance à vouloir satisfaire son thérapeute en les modifiant -transfert positif- il met plus de croix soleils)

### Calendrier mictionnel type soleil/pluie

Les jours de la semaine		
<b>Dimanche 14 /11 /2010</b>		*
<b>Lundi 15/11/2010</b>		*
<b>Mardi 16/11/2010</b>	*	
<b>Mercredi 17/11/2010</b>		*
<b>Jeudi 18/11/2010</b>		*
<b>Vendredi 19/11/2010</b>	*	
<b>Samedi 20/11/2010</b>		*

#### 4-2 Les thérapies comportementales.

Une thérapie comportementale simple (comme utiliser des systèmes de récompense ou réveiller l'enfant pour le faire aller aux toilettes) peut être efficace pour certains. L'enfant peut ainsi participer aux changes des draps sans que ce soit vécu comme une punition. Les punitions et les humiliations sont à éviter. L'entraînement à la propreté au lit, décrit par Azrin et Thienes, est une technique de réveil de l'enfant par les parents, qui exige plus de travail et qui peut être légèrement plus efficace que la thérapie par alarmes seule si elle est associée à cette dernière.

Il peut être difficile de convaincre un enfant qu'il n'a pas à se sentir honteux lorsqu'il mouille son lit si les nuits au sec sont récompensées. L'incapacité de rester au sec pendant la nuit et d'obtenir des étoiles ou des autocollants peut contribuer à une mauvaise estime de soi. Le lever de l'enfant pendant la nuit exige plus de travail et peut entraîner des

frustrations et des conflits. Le traitement vise en grande partie à réduire les problèmes de frustration, de conflit et de mauvaise estime de soi. (Société canadienne de pédiatrie, 2005, p618)

- **Les dispositifs d'alarme pour prendre en charge l'énurésie nocturne.**

Les systèmes d'alarme (ou pipi-stop) ont pour but de modifier le comportement vésico-sphinctérien pendant le sommeil. Elles consistent à disposer des capteurs d'humidité, dans les sous vêtements par exemple, qui déclencheront une alarme au contact des premières gouttes d'urine. L'enfant devra alors couper cette alarme et terminer sa miction aux toilettes. C'est par un phénomène d'anticipation que ce système se révélera plus efficace, il s'agit d'une méthode de conditionnement, elle est fondée sur l'anticipation et la prise de conscience du besoin d'uriner, Elle peut apprendre à l'enfant à se réveiller au son de l'alarme puis, par approximation, à associer son réveil à la sensation d'une vessie pleine. Les résultats sont satisfaisants et se maintiennent à l'arrêt du traitement. Il faut en moyenne deux mois avant d'obtenir des résultats probants. (Avérous M., Lopez CH., 1997, p480)

Cette méthode implique une coopération de l'enfant et une acceptation de la famille et ne peut se concevoir qu'après l'âge de huit ans. Ils méritent tout de même notre attention puisqu'ils ont fait l'objet d'une évaluation par L'ANAES- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé- en 2003.

Souvent, la première amélioration se traduit par une diminution de la miction plutôt que par une nuit totalement sèche. Il faut continuer à utiliser le système jusqu'à ce que l'enfant soit propre pendant 14 nuits consécutives.

IL en ressort que leur efficacité est comparable à celle de la desmopressine après trois mois de traitement et que les rechutes sont moins fréquentes trois mois après l'arrêt du traitement. Le délai d'action nécessite un à deux mois et le traitement doit être poursuivi durant quatre mois pour être durablement efficace. Ils ont l'avantage d'être sans danger.

IL semblerait qu'aucune étude n'ait mentionné d'éventuels troubles secondaires au réveil par une alarme sonore en pleine miction. Nous restons cependant réservés sur l'impact que peuvent avoir sur l'enfant ces fréquents réveils nocturnes et « pipis interrompus ». Selon la Société canadienne de pédiatrie, les alarmes seraient peut-être le traitement de choix le plus pertinent dans les cas d'énurésie nocturne primaire d'enfants plus âgés provenant de familles très motivées. (Société canadienne de pédiatrie, 2005, p619-620)

Les parents devraient aussi être avertis que la thérapie par alarmes exige un engagement des frères et sœurs parce que l'alarme retentit assez fort pour réveiller tous les membres de la famille.

On déduit que le conditionnement au moyen d'un système d'alarme constitue le traitement le plus efficace, et il garantit un succès à long terme chez environ 50 % des enfants. La Société canadienne de pédiatrie recommande le recours aux dispositifs d'alarme pour les enfants plus âgés et motivés, et dont les familles sont également motivées pour qui des mesures plus simples ont échoué. (Glazener CM., Evans JH., Peto RE., 2005, p216)

#### **4-3 Les exercices de Kegel.**

Les exercices de Kegel aident à améliorer le contrôle de la vessie et peuvent réduire le risque de fuites d'urine il s'agit d'une rééducation mictionnelle. On dit à l'enfant :

"Maintenant, imagine que tu es assis sur la cuvette des toilettes entrain d'uriner. Imagine-toi en -train d'essayer de retenir le jet d'urine. Essaie réellement de l'arrêter durant 5 secondes (l'enfant peut compter jusqu'à chiffre 5) et uriner et refait cet exercice à plusieurs reprises –stop and go-". Cette méthode permet de muscler la vessie et il faudra la présenter à l'enfant comme un jeu.

Arrêter un jet d'urine peut être plus difficile en raison des pressions plus élevées que la vessie peut produire.

Ces exercices sont plus souvent conseillés aux adultes dans le renforcement du plancher pelvien et l'appréhension du contrôle de la

vessie. Dans le cas de l'énurésie, cette technique ne pourra être mise en place que si l'enfant dispose de la maturité nécessaire pour faire les exercices correctement. Durant les premières applications un des parents du même sexe peut rentrer au toilette pour aider l'enfant à s'exercer.

#### **4-4 La prise en charge psychologique.**

Lors du dialogue avec l'enfant et son environnement il est possible d'identifier l'origine de l'énurésie comme étant liée à des troubles psychologiques. Dans ce cas, il sera alors fortement recommandé de passer par une psychothérapie. Elle doit permettre de s'imprégner de l'ambiance familiale « autour du symptôme » et de son retentissement psychologique et social.

La première consultation d'un enfant énurétique est capitale. C'est une consultation « à part entière » et elle ne peut se concevoir en moins de quarante-cinq minutes. En effet, la psychologie joue un rôle primordial dans l'énurésie et l'anxiété ou la culpabilité ne peut qu'aggraver les troubles.

IL est certain que si les répercussions psychologiques de l'énurésie sont incontestables, il serait abusif de considérer l'énurésie seulement comme la conséquence d'une immaturité affective de l'enfant ou d'un climat familial conflictuel. IL n'existe pas de profil psychologique propre à l'enfant énurétique. Une publication récente fait état de sa fréquence plus élevée chez les enfants « hyperactifs ». (Avérus M., 1992, p6)

Aussi la persistance de l'énurésie à l'adolescence pourrait, selon certains auteurs, justifier une prise en charge psychologique. (Fischbach M., 1997, p89-96)

Il n'existe bien entendu pas d'explication univoque de l'énurésie: certains facteurs psychologiques ou socio-éducatifs joueraient un rôle déclenchant, d'autres l'entretiendraient ou l'aggraveraient, dans l'énurésie primaire c'est souvent le retentissement de l'énurésie sur le psychisme de l'enfant ou le fonctionnement familial qui peut amener à proposer une consultation en pédopsychiatrie, la souffrance de l'enfant est attribuée aux répercussions sociales et familiales du trouble : sentiment de culpabilité, mauvaise estime de soi, tendance à l'isolement.

Dans l'énurésie secondaire, la souffrance de l'enfant est souvent au premier plan. Elle peut être le signe d'un moment régressif ou d'un épisode dépressif en relation avec un événement déclenchant individuel

ou familial qui pourra être recherché et exploré avec tact.

L'énurésie peut, elle-même, susciter des réactions parentales inappropriées susceptibles de l'entretenir. La qualité des relations parents-enfant s'enferme dans des rituels désagréables avec un risque de rigidification des modes de communication intrafamiliaux. L'enfant pourra être orienté vers un psychologue, non pour son énurésie mais pour la souffrance psychologique qu'il exprime ou que le psychologue aura décodée. Des entretiens avec enfant et parents peuvent aider à surmonter ces vécus de culpabilité, à dédramatiser les situations et à fluidifier les relations familiales.

IL est toujours important que le consultant reconnaisse la souffrance familiale et celle de l'enfant derrière ces situations et ne renforce pas les comportements figés et culpabilisants. L'énurésie, en tant que symptôme, pourra souvent être respectée comme signe d'un processus maturatif et développemental en cours et non encore achevé.

De nombreux auteurs, psychiatres et psychanalystes, ont également montré comment l'énurésie peut devenir une source de plaisir culpabilisé.

Enfin, ce symptôme varie selon les moments et les lieux dans lesquels il s'inscrit, il est enfin des énurésies rebelles qui finiront bien par disparaître, car il est bien rare qu'elles persistent au-delà de l'adolescence.

#### **4-5 La médication.**

L'énurésie dont l'origine est généralement d'ordre psychologique dispose de peu de solution médicamenteuse pouvant la traiter. **Les médicaments ne doivent pas être utilisés en première intention.**

Cependant, certains produits peuvent être utilisés de façon ponctuelle. Le traitement médicamenteux repose essentiellement sur des molécules dont le rôle est de réduire la quantité d'urine produite pendant la nuit, potentialisant de ce fait l'action de la limitation des boissons. IL pourra également être prescrit des médicaments pour traiter des causes

sous-jacentes comme le diabète ou les infections urinaires. (Société canadienne de pédiatrie, 2005, p618)

Leur prescription sera discutée en cas d'échec des mesures générales et lorsque l'énurésie dérange l'enfant. Ils peuvent mettre l'énurésie entre parenthèse et redonner confiance à un enfant qui se décourage. La consultation ne devrait jamais se conclure par la prescription d'un médicament qui risquerait d'être investi par l'enfant comme le « remède magique » et de le décevoir rapidement. L'enfant doit comprendre qu'il n'existe pas de traitement « miracle » et que des mesures générales adaptées peuvent l'aider. (Berlier P., 1997, p110)

### **5- Les mesures générales à recommander aux parents.**

Les stratégies généralement recommandées pour les parents qui veulent aider leur enfant à devenir continent s'établissent comme suit :

- Clarifier l'objectif de se lever la nuit et d'utiliser les toilettes.
- Faciliter l'accès de l'enfant aux toilettes.
- Éviter la consommation d'aliments contenant de la caféine ou une trop grande quantité de liquides avant le coucher.
- Demander à l'enfant de se vider la vessie avant le coucher.
- Renoncer aux couches (les culottes de propreté peuvent être acceptables).
- Faire participer l'enfant au nettoyage matinal, sans y donner un caractère punitif.
- Préserver l'estime de soi de l'enfant.

### **Conclusion**

Cette mise au point rappelle que l'énurésie est un symptôme et non une maladie. Sa prise en charge initiale repose sur des mesures éducatives et hygiéniques. En cas d'échec, un traitement médicamenteux ou comportemental (système d'alarme) peut être entrepris, mais pas avant l'âge de 6 ans. L'enfant doit comprendre qu'il détient les clefs de sa réussite, même s'il a besoin d'être soutenu et encouragé.

## Bibliographie

- 1- AVÉROUS M, «Enurésies de l'enfant », -Ed techniques- Encyclopédie Médico-chirurgicale (paris-France) néphrologie-urologie-pédiatrie ,18207E10 et 4085C20, 1992.
- 2- AVÉROUS M., LOPEZ CH. : « Bilan de vingt ans de réflexion sur l'énurésie de l'enfant », Progrès en Urologie, 1997 ; 7 : 476-83.
- 3- AVÉROUS M., ROBERT M., BILLIARD M., GUITER J., GRASSET D. : « Le contrôle mictionnel au cours du sommeil », Revu. Prat., 1991 ; 41 : 2282-7.
- 4- BERLIER P. : « Traitements médicamenteux », in COCHAT P. : Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant, Elsevier, 1997 ; p107-14.
- 5- COCHAT P., GOUDA H. : « Epidémiologie », in COCHAT P. : Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant, Elsevier, 1997 ; p. 78-81.
- 6- COLLET J.P., SIMONE M.F., COCHAT P. : « Prévalence de l'énurésie nocturne chez l'enfant d'âge scolaire », Pédiatrie, 1993 ; 48 : 701-4.
- 7- DIATKINE R. : « La notion de régression », Evolution psychiatrique, 1957, III, juillet-septembre ; 405-25.
- 8- FISCHBACH M. « Hypothèses pathogéniques », in COCHAT P. : Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant, Elsevier, 1997 ; p. 89-96.
- 9- GIRARDIN E. « énurésie et troubles mictionnels chez l'enfant » Forum Med Suisse N°26, Juin 2002.
- 10- GLAZENER CM.,EVANS JH.,PETO RE.,Alarm interventions for nocturnal enuresis in children.Cochrane Database Syst Rev 2005;18.
- 11- LOTTMANN H. : « Physiopathologie : plusieurs facteurs intriqués », Abstract Pédiatrie, 2002 ; 5-6.
- 12- PROUFF J. ET COL « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » Volume 1, Ed heures de France, paris, 1995.
- 13- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE : « La prise en charge de l'énurésie nocturne primaire », Paediatrics & Child Health, 2005 ; 10 : 616-20