

ATTITUDES PARENTALES VIS-À-VIS DE L'ENFANT ÉNURÉTIQUE EN MILIEU ALGÉRIEN

Aïcha-Beya MENAI-ABID

Université Badji Mokhtar, Annaba

Résumé :

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

L'enfant est partie intégrante d'un contexte familial et affectif donné. Son développement harmonieux est fonction :

- des relations objectales et affectives qu'il a avec sa famille et plus particulièrement avec sa mère qui est la première personne et la plus proche de l'enfant durant les premières années.
- de l'équilibre général existant entre les différents membres de cette famille et dont le déséquilibre pourrait nuire au développement de l'enfant.

L'apprentissage de la propreté dépend de la maturité neurologique de l'enfant et de nombreux auteurs sont d'accord pour dire que l'acquisition de la propreté ne nécessite pas forcément une mise sur le pot systématique, un conditionnement. Ce sont plutôt des facteurs psychogènes qui pourraient entraver l'acquisition de ce contrôle ou du moins le retarder. Nous pouvons définir le symptôme énurétique à l'instar d'AJURIAGUERRA (1997) : "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)".

Une stabilité et une harmonie dans la relation parentale déterminent avantageusement l'équilibre psychoaffectif de l'enfant et le dépassement de certains problèmes inhérents à son développement. C'est ainsi qu'une situation familiale conflictuelle avec séparation répétée d'avec les parents ou encore une absence épisodique d'un des parents favorise la mise en place de problèmes ou l'aggravation de ceux déjà existants.

Pour M. et N. SOULE (2003) : "... le mauvais équilibre entre les parents et les névroses familiales jouent un grand rôle dans la genèse des problèmes psychiques de l'enfant... Ces discordances rendent plus difficiles la maturation et l'évolution affective des enfants et plus malaisée aussi leur évolution heureuse. Ainsi par exemple, la situation oedipienne peut se trouver très mal résolue et l'enfant trouver grande peine à en sortir".

I. ATTITUDE DE LA MÈRE

Parmi les attitudes maternelles rencontrées au cours de nombreuses observations, nous avons observé deux types d'attitudes de la mère :

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

1) Conduite éducative inadéquate

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

- l'éducation coercitive

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

- l'éducation laxiste

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

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

2) Attitude névrotique de la mère

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

a) la mère anxieuse

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

Elles adoptent une attitude de surprotection qui prend plusieurs formes dans les conduites quotidiennes. Nous citerons entre-autres :

- une angoisse quasi permanente : la mère de Sandra emmène sa fille à l'école et la ramène "de peur qu'il lui arrive quelque chose"
- la crainte démesurée pour l'avenir de l'enfant : la mère de Rachid a peur que son fils ne puisse pas "fonder une famille à cause de son état"

Cette surprotection maintient l'enfant dans un état régressif en développant chez lui un sentiment d'insécurité et d'angoisse lequel favorise l'apparition ou le maintien de l'énurésie.

AJURIAGUERRA (1997) estime par ailleurs que "des parents eux mêmes énurétiques peuvent avoir une attitude de crainte ou de surprotection motivée par le souvenir de leur propre humiliation", ce qui explique de nombreux cas d'énurésie.

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

b) la mère rejetante

C'est le cas de mères d'enfants non désirés ou d'enfants dont le **sexe** contrarie la mère. La manifestation du rejet se fait de façon manifeste ou inconsciente. Dans les deux cas ces attitudes auront

un impact négatif sur le développement de l'enfant et souvent sur l'énurésie en tant que symptôme de ce rejet.

Nous pouvons citer cet exemple d'enfant non désiré dont la venue dérange la mère :

- Le cas d'une mère en désaccord avec son mari et qui voulait le quitter ; la venue de l'enfant a contrarié ses projets. La mère "reproche" à sa fille d'être venue trop tôt, de l'avoir empêchée de chercher un travail et de quitter son mari.

Comme exemples d'enfants dont le sexe contrarie la mère : cas de mères qui donnent le jour à un enfant de sexe non désiré.

Dans la majorité des cas, ce sont des femmes qui pour leur premier enfant désirent avoir un garçon ou des femmes qui, après une ou deux naissances de filles, souhaitent très fort un garçon.

C'est également le cas de cette mère qui, après la naissance de sa deuxième fille, l'a confiée à la grand- mère.

C'est le cas d'une autre mère qui, arguant ne pas avoir de temps pour s'occuper de son enfant, l'avait délaissé complètement ; l'enfant a été ainsi gardé pendant près de 40 jours par sa tante.

Dans certains cas, le désir d'avoir un garçon pousse les futures mères jusqu'à préparer une layette entièrement bleue pour garçon et un prénom masculin.

L'expression du rejet peut se faire de manière plus subtile et dans des comportements psychoaffectifs et éducatifs plus globaux.

c) la mère menaçante

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

- Cas de cette mère qui menaçait son enfant de le donner à l'assistance publique.

Persuadées du bien fondé de telles pratiques, ces mères les utilisent fréquemment.

d) la mère humiliante

L'humiliation et la comparaison de l'enfant énurétique à un membre de sa fratrie ou à un camarade non énurétique est chose courante chez certaines mères qui sont ainsi sûres de "motiver" l'enfant à devenir propre.

- C'est le cas de cette mère qui compare constamment sa fille à son frère plus jeune.

e) la mère hyperprotectrice et angoissée

On observe différentes sortes de mères : la mère laxiste d'une part et d'autre part la mère surprotectrice infantilisante et dévirilisante. Les mères anxieuses, perfectionnistes ou maladroitement sont également décrites dans la littérature.

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

II. ATTITUDE DU PÈRE

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

Or, nous avons remarqué à travers nos observations que dans la majorité des cas, l'attitude du père est caractérisée par un comportement absentéiste pouvant revêtir deux formes principales : symbolique ou réelle

- L'absence symbolique : c'est le cas où le père est présent mais non impliqué dans l'éducation de l'enfant ; il est également distant ou indifférent au trouble de l'enfant. Une grande partie de nos observations a montré que ce père est généralement absent du discours de l'enfant durant l'entretien.

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

Nous remarquons par ailleurs que les parents, s'ils jouent un rôle essentiel dans l'éducation à la propreté, n'ont pas l'exclusivité de cette éducation à la propreté.

III. ATTITUDE DE L'ENTOURAGE

L'attitude de l'entourage face à l'énurésie de l'enfant dépend beaucoup de l'attitude de la mère, qui est fonction de sa propre structure psychologique et de ses conduites éducatives. Ainsi dans beaucoup de cas, l'attitude moqueuse et humiliante de la fratrie en désignant l'enfant énurétique de "pisseux" ou "pisseuse" est initiée et encouragée par la mère qui ne semble pas mesurer la portée d'un tel qualificatif sur la sensibilité de l'enfant. L'attitude des grands-parents et plus particulièrement celle de la grand-mère maternelle, est souvent plus tolérante les premières années pour se raffermir quand l'enfant dépasse 8 - 10 ans. Quant à l'entourage un peu moins proche, les amis et les voisins, l'énurésie ne leur est pas cachée dans un premier temps et il arrive même que la mère demande conseil auprès des uns et des autres. Dans un deuxième temps, quand l'enfant atteint ou dépasse un certain âge, 10 - 12 ans, son énurésie est tue. La mère fait souvent croire que l'enfant a cessé de mouiller son lit.

IV. LES PARENTS FACE À L'ÉNURÉSIE

Nous observons un paradoxe dans l'attitude de la majorité des mères qui banalisent l'énurésie en se basant sur l'expérience d'autres membres de la famille affirmant que cet inconvénient passera de façon aussi inattendue qu'il est apparu et justifient leur recours aux méthodes d'éducation répressives pour en venir à bout le plus tôt possible.

Dans des cas rares, nous avons pu observer une très grande préoccupation des parents qui attribuent l'énurésie à une cause physiologique ou à un problème relevant de l'hérédité.

1) Causes attribuées à l'énurésie par les parents

Les observations que nous avons pu faire à ce sujet nous ont montré que les causes attribuées par les parents à l'énurésie sont diverses.

- La fatalité est la cause la plus fréquemment évoquée ; l'idée de cette fatalité peut s'appuyer sur des supports comportementaux tels que le sommeil lourd de l'enfant ou sa paresse. Cette fatalité est perçue comme la conséquence d'une colère divine ou de la mise à l'épreuve de la famille. Dans d'autres cas, l'énurésie est associée à

d'autres souffrances de la famille : profession du père, pauvreté, précarité...

- Le "mauvais œil" venant de personnes jalouses et malveillantes est également évoqué
- Le support physiologique est peu avancé mais lorsque l'énurésie lui est attribué, il est souvent lié au facteur héréditaire

2) Réactions émotionnelles à la découverte de l'énurésie.

La première réaction à l'apparition d'une énurésie, notamment dans le cas d'une énurésie secondaire (l'enfant ayant été propre pendant un temps plus ou moins long) est la surprise. Puis l'effet de surprise cède rapidement la place à la colère qui s'accompagne de coups, de réprimandes et d'humiliations de l'enfant. Dans un troisième temps apparaît la pitié : les mères ont pitié de cet enfant qu'elles maltraitent, tout en sachant au fond que ce qui lui arrive n'est pas de sa faute.

La honte apparaît plus tard, quand l'enfant est plus grand car, après avoir alerté tous les proches (parents et voisins) de ce qui arrive à l'enfant, dans le but de l'humilier ou de solliciter une aide ou un conseil judicieux, et devant l'échec d'une telle démarche, les mères finissent généralement par subir personnellement la situation humiliante qu'elles ont elles-mêmes créée et qui est occasionnée par les sarcasmes de l'entourage.

Deux situations alors s'offrent à elles :

- mentir en faisant croire que l'enfant est guéri
- continuer à subir la situation qu'elles ont créée.

Quant à l'âge à partir duquel les parents commencent à s'inquiéter sérieusement de l'énurésie de leur enfant, il se situe vers 7 - 8 ans après l'entrée à l'école

3) Interprétations données à l'énurésie

Parmi les multiples interprétations données par l'entourage familial, c'est d'abord l'accident passager dû à un éventuel état fébrile que la mère met sur le compte d'un début d'angine, d'une grippe ou d'un surmenage physique.

Cette opinion est vite abandonnée au profit de l'idée que c'est peut être le mauvais œil qui "s'abat sur la famille", ou un mauvais

sort jeté par un ennemi. La responsabilité de l'enfant n'est pas exclue car celui-ci "ne veut rien faire pour les aider", "boit beaucoup", "a le sommeil lourd", ou encore "ne veut pas se réveiller"...

4) Mesures thérapeutiques adoptées par les parents

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

- le recours à la visite médicale
- le réveil nocturne
- les méthodes punitives
- la responsabilisation
- le recours à un taleb
- les pratiques magico-religieuses

a) le réveil nocturne et responsabilisation de l'enfant :

Cette pratique est utilisée par l'ensemble des familles et on constate que c'est pratiquement toujours la mère qui est chargée de la "corvée" de réveiller l'enfant la nuit et de le faire uriner. Elle le fait par crainte d'un éventuel refroidissement de l'enfant au contact de draps constamment mouillés et dans le but de limiter les dégâts. La mère réveille donc l'enfant pour le faire uriner à n'importe quelle heure de la nuit. Celui-ci n'est généralement pas complètement éveillé et urine pratiquement endormi, maintenu par la mère. Souvent l'enfant ne se rappelle même pas avoir été réveillé au cours de la nuit.

b) Méthodes punitives

Les parents humilient souvent l'enfant énurétique en le comparant à un frère ou à un camarade plus jeune et propre. Certains vont jusqu'à le frapper, espérant ainsi le voir cesser de mouiller son lit.

Ces méthodes coercitives de punitions, d'humiliations alternent souvent avec des méthodes responsabilisantes ainsi que des traitements modernes et traditionnels.

c) Le recours au taleb :

Un taleb est un "guérisseur" dont les pouvoirs divins qu'il s'attribue sont en opposition avec les principes mêmes de l'islam.

Il occupe néanmoins une place importante dans la société et bénéficie d'une clientèle encore nombreuse. Il est sollicité pour son pouvoir d'exorciste dans le cas d'une pathologie mentale.

Beaucoup de familles ont recours à l'aide du taleb dans l'espoir d'éliminer le symptôme énurétique. Cela se fait souvent sur les conseils de la grand-mère et avec son concours. Le père est généralement exclu de cette démarche qu'on lui cache le plus souvent. Il est reconnu que beaucoup d'hommes n'aiment pas avoir recours au taleb, ne croient pas en l'efficacité de ses méthodes et le traitent de charlatan et d'escroc.

Le taleb donne deux amulettes : l'une doit être portée par l'enfant accrochée à un sous-vêtement ou glissée sous son oreiller ou matelas ; l'autre doit être trempée par la mère dans un grand verre d'eau quelle donne à boire à l'enfant pendant plusieurs jours consécutifs. L'amulette ou "K'teb" (Kiteb signifie livre et Kiteba écriture) ou "Herz" (provient de l'arabe algérien Yehrez observer, surveiller, protéger). Aux vertus multiples (protéger, éloigner le mauvais oeil ou le mauvais esprit...) est en réalité une feuille de papier sur laquelle le taleb écrivait la filiation de l'intéressé et des versets coraniques. La feuille écrite à l'encre et parfaitement illisible est soigneusement pliée en 8 ou 16 et remise à la mère.

Quelques mères ont montré une certaine réticence à reconnaître avoir eu recours au taleb et une gêne à en parler ouvertement quand le sujet a été abordé.

Ce malaise se justifie par la mauvaise réputation dont jouit parfois ce personnage, qui est souvent sollicité pour des actions moins louables que l'élimination d'une énurésie et dont le rôle est remis en question par le retour de la société algérienne à un islam plus orthodoxe qui ne concède de pouvoir divin qu'à Dieu.

d) Les pratiques magico-religieuses

D'autres pratiques, proches de celle du taleb existent aussi et ont pour but de faire disparaître le symptôme énurétique. Ce sont des pratiques qui s'exercent et se transmettent par la grand-mère ou à défaut par la doyenne de la famille. Elles sont différentes d'une part selon les régions, d'autre part selon la cause suspectée de l'énurésie.

Une première pratique est destinée aux filles énurétiques suspectées de jalousie envers un puîné garçon. Ce serait une jalousie courante et pour cause ! Le petit garçon est souvent préféré à sa soeur et valorisé par la famille. La mère tout particulièrement exprime ouvertement cette préférence de deux manières :

- à travers le langage : le garçon est "le lion de sa mère", le "héros de sa mère", "l'ami de sa mère" (en arabe ami signifie également amant).
- par des actes : la mère donne souvent raison au garçon dans les petits conflits l'opposant à sa soeur plus jeune ou plus âgée ; c'est aussi lui qu'on gâte le plus et on tolère beaucoup de choses de sa part.

La fille par contre ne sera jamais qu'une "chakfat el boul" et qui signifie qu'elle ne sera jamais dans la vie qu'un être insignifiant et inférieur (par rapport à l'homme bien entendu).

Pour enrayer donc cette "jalousie", une pratique courante consiste à imbiber une datte ou un morceau de sucre dans l'urine de la petite fille et à la lui donner à manger.

La datte et le sucre sont des matières sucrées qui, par un phénomène magique, éveilleront chez elle la douceur et des sentiments moins hostiles envers son frère. La jalousie ainsi enrayée, l'énurésie disparaîtra d'elle-même.

Une deuxième pratique, qu'on appelle la "pratique du couscoussier", s'adresse aux énurétiques des deux sexes âgés d'au moins 7-8 ans. Elle se réalise avant le lever du soleil, pendant sept samedis de suite. L'enfant prend un couscoussier sur lequel il pose les mains et répète 7 fois de suite une formule magique "hak ech chemboul ma out en boul", qu'on peut traduire par "je jure par la volonté de Chemboul que je ne ferai plus pipi. Cette pratique est très répandue dans l'est du pays et beaucoup de familles sont persuadées avoir guéri un ou plusieurs de leurs enfants grâce à elle.

V. RELATION DE L'ÉNURÉSIE AVEC QUELQUES VARIABLES PSYCHOSOCIOLOGIQUES.

L'énurésie est un symptôme très courant mais qui apparaît cependant comme lié à un certain nombre de facteurs.

a) La situation socio-économique et culturelle

De nombreuses études ont été réalisées concernant l'incidence des facteurs socio-économiques sur l'énurésie et toutes rendent compte de sa fréquence dans les milieux les plus démunis. C'est ainsi que CAMPBELL cité par SOULE (2003) a montré la corrélation entre le statut socio-économique des familles défavorisées et la fréquence des cas d'énurésie. Il fait intervenir le rôle de l'habitat, du petit logement, de l'absence de lit personnel et aussi du peu de temps dont dispose la mère pour apprendre la propreté à l'enfant.

L'auteur a également constaté que l'énurésie est presque aussi fréquente dans les familles aisées où l'enfant manque non pas de moyens matériels mais d'affection.

Les observations que nous avons faites concernant ce problème confirment les conclusions de CAMPBELL :

- en Algérie, la majorité des familles d'enfants énurétiques appartient à un milieu socioéconomique et culturel défavorisé.
- Les enfants énurétiques appartiennent également à des familles nombreuses pour la plupart.

Ces deux points sont extrêmement liés et dépendent souvent l'un de l'autre. Ces familles se caractérisent donc, pour la plupart, par des revenus financiers insuffisants et par des conditions d'habitation modestes que vient aggraver la grande taille de la famille.

C'est ainsi que l'on trouve des familles de huit enfants, vivant dans une pièce unique, avec sanitaires à l'extérieur ou encore une famille de la même importance vivant dans un deux pièces.

En somme une grande partie des familles d'enfants énurétiques habitent des logements trop petits pour le nombre de personnes qui l'occupent ; ceci contraint les parents à coucher les enfants dans une pièce commune, l'un à côté de l'autre, sans individualisation de la literie. Ces conditions de vie ont pour effet :

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

b) Hérité et énurésie

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

Notre étude fait ressortir plusieurs cas de collatéraux énurétiques, la mère parlant aisément de l'énurésie de la fratrie mais ne mentionnant jamais ou rarement sa propre énurésie ou celle de son conjoint.

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

Il en résulte deux principales tendances :

- Ceux qui seraient en faveur d'un support héréditaire

Parmi les travaux les plus importants, nous citerons les études sur les jumeaux monozygotes et dizygotes réalisées par BAKWIN (1978) et qui concluent que l'énurésie est deux fois plus souvent concordante chez les premiers. L'origine génétique de l'énurésie serait indéniable selon lui.

AVEROUS (1992) donne les résultats de ses travaux statistiques :

- 79 % des enfants sont énurétiques lorsque les parents ont été eux-mêmes énurétiques contre 39 % si un seul parent a été atteint.

Mais l'auteur conclut que malgré certains résultats, on ne peut déterminer avec certitude l'origine génétique de l'énurésie.

S'il existe un facteur héréditaire, ce qui n'est pas démontré, il n'apparaît pas déterminant dans l'apparition du symptôme énurétique.

- Ceux qui soutiennent l'idée d'une prédisposition du milieu

De nombreux auteurs sont d'accord pour reconnaître le caractère familial de l'énurésie. Des statistiques ont été réalisées à ce propos. C'est ainsi que A. KAWAUCHI (2000) trouve :

- 70 % d'énurétiques ont deux parents énurétiques
- 33,57 % d'énurétiques ont un parent énurétique
- 50 % d'énurétiques ont un collatéral énurétique
- 14 % d'énurétiques sans parent énurétique.

DUCHE (1987) parle de la difficulté de réaliser avec justesse de telles statistiques car les parents interrogés sont souvent réticents à admettre qu'ils ont été eux-mêmes énurétiques et rapporte les travaux de plusieurs auteurs dont nous citerons quelques uns en remarquant la diversité des résultats :

- KANNER trouve que 47 % des membres d'une même famille sont énurétiques (ascendants et collatéraux)
- STOCKWELL & SMITH trouvent 63 % d'énurétiques chez les ascendants, 21 % chez les collatéraux.
- ADDIS, trouve 27 % d'énurétiques chez les ascendants, 20 % chez les collatéraux.
- M. LIEVRE sur 77 familles d'énurétiques, trouve 48 parents anciens énurétiques, soit 62 %.
- C. LAUNEY sur 135 énurétiques en trouve 49 ayant un collatéral ou un parent qui ont été énurétique soit 36 %.
- FAYOL en a trouvé .59 %.

LAUNEY toujours cité par DUCHE estime que la fréquence de l'énurésie dans certaines familles ne peut être assimilée à l'hérédité "Bien qu'il soit impossible d'éliminer une prédisposition, il semble plus probable que le défaut se trouve dans un certain degré d'inadaptation transmise par des parents qui n'ont pu établir leur propre équilibre affectif".

DUCHE (1987), quant à lui, parle d'une véritable contamination psychique dont les exemples ne manquent pas dans les dortoirs et les collectivités "Un enfant propre a de grandes chances de devenir énurétique, au moins de façon transitoire, s'il est transporté dans un dortoir d'enfants tous atteints de cette infirmité". Il fait remarquer que la cohabitation avec un énurétique entrave souvent l'acquisition de la propreté du puîné et inversement et que la guérison de l'un peut entraîner la guérison de l'autre.

De notre côté, les observations que nous avons faites nous ont révélé dans plusieurs cas la présence d'une énurésie collective, touchant plusieurs membres de la fratrie. Nous avons observé des cas où les arrêts et les reprises se faisaient en chaîne (avec la sœur jumelle et un frère plus jeune) et à quelques jours d'intervalle. Nous pensons que le dysfonctionnement a pour point de départ une composante éducative, dans la mesure où les erreurs commises par

les parents dans l'éducation des enfants en général, et de l'éducation de la propreté en particulier, se répètent.

La tendance inconsciente de l'enfant à vouloir "ressembler" à une personne qui fait l'objet de son admiration ou de son agressivité peut également être à l'origine de l'énurésie.

Nous citerons aussi le cas d'un enfant jaloux des avantages prodigués par la mère à un frère plus jeune qui "mouille" encore son lit et à qui il voudrait ravir la place.

Nous avons désigné ce processus par le terme de "contagion / imitation" et nous précisons que le terme contagion n'est pas à prendre dans un sens épidémiologique mais souligne le déploiement de l'énurésie au niveau de toute une famille comme dans le cas d'une maladie contagieuse. Dans ce cas, le facteur de transmission du symptôme, c'est l'ensemble des phénomènes d'imitation et d'effet d'empathie qui unissent les membres d'une même famille.

CONCLUSION

La préoccupation des parents face aux éventuels troubles de l'enfant est souvent excessive car la mère notamment vit de façon très forte le succès ou l'échec de ses enfants. L'enfant est facteur de réussite ou d'échec dans la vie de la famille et plus particulièrement dans celle de la mère qui très souvent ne s'affirme que par sa maternité et à travers sa descendance qui doit être "réussie".

Son attitude devient dès lors menaçante et agressive au moindre problème de l'enfant comme les difficultés scolaires, l'énurésie, l'anorexie, l'agitation, les tics ou autres.

Elle veut d'autant plus s'en débarrasser qu'elle pense que c'est sans gravité, que souvent la mauvaise volonté de l'enfant y est pour quelque chose ou encore par crainte que l'enfant ne s'habitue à cette "mauvaise manie".

C'est pour cela qu'on remarquera que la plupart des mères n'hésitent pas à utiliser coups, menaces, et humiliations pour se débarrasser du symptôme.

Un élément fondamental et remarquable du comportement de la mère réside dans son discours sur certains aspects du problème énurétique de son enfant. En effet la mère fait souvent abstraction de

l'enfant et se substitue à lui ; la personnalité de l'enfant et ses propres états affectifs ne transparaissent pas dans le discours de la mère.

Quelles que soient les raisons invoquées par la mère quant à son "ras le bol" de l'énurésie : peur pour l'avenir de l'enfant, manque de place, manque de linge de rechange, fatigue... - qui n'en restent pas moins réelles, ni moins cruciales - on retrouve derrière son discours une identification à son enfant surtout si c'est un garçon, et un besoin de valorisation très fort, justifié par tous les problèmes de la femme en général et Arabe et Algérienne en particulier.

Dans la plupart des cas, il est difficile de connaître les comportements et les positions du père vis-à-vis du symptôme si ce n'est à travers le discours de la mère ou celui de l'enfant. Celui-ci semble à priori relativement moins angoissé que la mère face au symptôme. Il ne semble pas prendre le problème à coeur, ni se préoccuper de la disparition du trouble. Sa non participation aux tentatives thérapeutiques est par conséquent courante et s'inscrit dans un comportement général moins rigoureux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Averous, M. 1992, *Enurésie de l'enfant*. Paris, Editions techniques
- 2- De Ajuriaguerra, 1997, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Ed. Masson, Paris
- 3- Duche D. J. 1987, *L'énurésie*, P.U.F. Paris
- 4- Kawachi, A. Kitamori, T. Hnada, N. 2000, Patient with nocturnal enuresis, *Maghreb Médical*, Vol. 20, Juil-Août 2000
- 5- Soule M., 1973, *L'enfant qui mouille son lit.*, Conférence non publiée, Paris
- 6- Soule M., Soule N. 2003, *L'énurésie. Étude clinique, diagnostique et thérapeutique*. Éd. soc. Franc. Paris
- 7- Boucebci M. 1979, *Psychiatrie. Société et développement*. SNED. Alger.
- 8- Boutefnouchet M., 1980, *La famille algérienne, évolution et caractéristiques récentes*. SNED. Alger
- 9 - Laplanche et Pontalis. 2004, *Vocabulaire de la psychanalyse*. Ed. P.U.F. Paris