Laboratoire de Recherche en Sciences de l'Éducation

LAKISA

Revue des Sciences de l'Éducation

ISSN: 2790-1270 / en ligne
2790-1262 / imprimé

N°6, Décembre 2023

École Normale Supérieure
Université Marien Ngouabi

LAKISA

Revue des Sciences de l'Éducation

Laboratoire de Recherche en Sciences de l'Éducation (LARSCED)

École Normale Supérieure (ENS)

Université Marien Ngouabi (UMNG)

ISSN : 2790-1270 / en ligne

2790-1262 / imprimé

Contact

www.lakisa.larsced.cg

E-mail :	revue.lakisa@larsced.cg revue.lakisa@umng.cg	Tél :	(+242) 06 639 78 24

BP : 237, Brazzaville-Congo

Directeur de publication

MALONGA MOUNGABIO Fernand Alfred, Maître de Conférences (Didactique des disciplines), Université Marien NGOUABI (Congo)

Rédacteur en chef

BAYETTE Jean Bruno, Maître de Conférences (Sociologie de l'Education), Université Marien NGOUABI (Congo)

Comité de rédaction

ALLEMBE Rodrigue Lezin, Maitre-Assistant (Didactique de l'Anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

EKONDI Fulbert, Maître de Conférences (Sciences de l'Éducation), Université Marien Ngouabi (Congo)

KIMBOUALA NKAYA, Maître de Conférences (Didactique de l'Anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

KOUYIMOUSSOU Virginie, Maitre-Assistant (Sciences de l'Éducation), Université Marien Ngouabi (Congo)

LOUYINDOULA BANGANA YIYA Chris Poppel, Maitre-Assistant (Didactique des disciplines), Université Marien Ngouabi (Congo)

MOUSSAVOU Guy, Maître de Conférences (Sciences de l'Éducation), Université Marien Ngouabi (Congo)

OKOUA Béatrice Perpétue, Maître de Conférences (Sciences de l'Éducation), Université Marien Ngouabi (Congo)

Comité scientifique et de lecture

ALEM Jaouad, Professeur-agrégé (Mesure et évaluation en éducation), Université Laurentienne (Canada)

ATTIKLEME Kossivi, Professeur Titulaire (Didactique de l'Education Physique et Sportive), Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

DUPEYRON Jean-François, Maître de conférences HDR émérite (philosophie de l'éducation), université de Bordeaux Montaigne (France)

EWAMELA Aristide, Maître de Conférences (Didactique des Activités Physiques et Sportives), Université Marien NGOUABI (Congo)

HANADI Chatila, Professeur d'Université (Sciences de l'Education- Didactique de Sciences), Université Libanaise (Liban)

HETIER Renaud, Professeur (Sciences de l'éducation), UCO Angers (France)

KPAZAI Georges, Professeur Titulaire (Didactiques de la construction des connaissances et du Développement des compétences), Université Laurentienne, Sudbury (Canada)

LAMARRE Jean-Marc, Maître de conférences honoraire (philosophie de l'éducation), Université de Nantes, Centre de Recherche en Education de Nantes (France)

LOMPO DOUGOUDIA Joseph, Maître de Conférence (Sciences de l'Education), Ecole Normale Supérieure de Koudougou (Burkina Faso)

LOUMOUAMOU Aubin Nestor, Professeur Titulaire (Didactique des disciplines, Chimie organique), Université Marien Ngouabi (Congo)

LOUSSAKOUMOUNOU Alain Fernand Raoul, Maître de Conférences (Grammaire et Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

MANDOUMOU Paulin, Maitre de conférences (Didactique des APS), Université Marien NGOUABI (Congo)

MASSOUMOU Omer, Professeur Titulaire (Littérature française et Langue française), Université Marien Ngouabi (Congo)

MOPONDI BENDEKO MBUMBU Alexandre David, Professeur Ordinaire (Didactique des mathématiques), Université Pédagogique Nationale (République Démocratique du Congo)

NAWAL ABOU Raad, Professeur d'Université (Sciences de l'Education- Didactique des Mathématiques), Faculté de Pédagogie- Université Libanaise (Liban)

NDONGO IBARA Yvon Pierre, Professeur Titulaire (Linguistique et langue anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur Titulaire (Grammaire et Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

ODJOLA Régina Véronique, Maître de Conférences (Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

PAMBOU Jean-Aimé, Maître de Conférences (Sociolinguistique-Didactique du français langue étrangère et seconde- Grammaire nouvelle), Ecole Normale Supérieure du Gabon (Gabon)

PARÉ/KABORÉ Afsata, Professeur Titulaire (Sciences de l'éducation), Université Norbert Zongo à Koudougou (Burkina Faso)

RAFFIN Fabrice, Maître de Conférences (Sociologie/Anthropologie), Université de Picardie Jules Verne (France)

VALLEAN Tindaogo, Professeur Titulaire (Sciences de l'éducation), Ecole Normale Supérieure de Koudougou (Burkina Faso)

Sommaire

La formation professionnelle initiale des enseignants : analyse de la satisfaction des stagiaires de l'ENS
Cyprienne Félicité OUEND-LAMITA/SAGNON et Amadou TAMBOURA……..….1

Entre aspirations et injonctions dans le champ social et médico-social en France : enjeu social, éducatif, pédagogique et de professionnalisation après la loi 2002-02 du 02 janvier 2002
Robert Messanh AMAVI …….…….……10

Factors affecting the effectiveness of novice EFL teachers' transition in Niger
Hamissou OUSSEINI……..……...…….24

Danse Hip Hop et Mieux-être de jeunes en contexte éducatif de vulnérabilité
Sabine THOREL-HALLEZ …..……..…..……...37

La problématique des méthodes actives sur la fonction enseignante
Seydou SOUMANA et Moustapha MOUSSA…….……48

L'usage de la communication non verbale dans le processus d'enseignement /apprentissage à l'école primaire
Joseph Dougoudia LOMPO et Boukaré SAWADOGO…….……..60

Matières enseignées, expériences d'enseignement et gestion de la violence des élèves par les enseignants : cas du Lycée Moderne Belleville Bouaké
Moustapha SYLLA, ……..…...……...……...71

Abord psychodynamique et psychopathologique du trouble énurétique secondaire chez les enfants
Joël-Christopher BOLOMBO BAENDE, Sunga Sunga BECKER et Florentin AZIA DIMBU.....80

La violence genrée entre élèves à l'école élémentaire : un malaise scolaire et une entrave au droit des filles et des garçons à l'instruction formelle en côte d'ivoire
Armel Kouamé KOUADIO, Martine GOUDENON épouse BLEY et Rodolphe Kouakou MENZAN……..……..……..93

Stratégie d'implantation d'un service de pédagogie universitaire dans une université africaine : cas de l'université Alassane Ouattara de Bouaké (Côte d'Ivoire)
Kobena Séverin GBOKO, Nomansou Serge BAH et Moussa KONE…...……...106

Difficultés liées aux mathématiques dans l'apprentissage aux métiers du bâtiment au sein du lycée professionnel industriel de Gagnoa (Côte d'Ivoire)
Gbomené Hervé ZOKOU, Sinaly TRAORĒ et Sonzaï Bertrand TIĒOU…….……...117

Les revers de l'évolution technologique en éducation : autopsie du déclin de l'émission radiophonique « la voix de l'enseignement » au Niger
Mohamed Moctar ABDOURAHAMANE…….……...……..127

Réforme pédagogique en République du Congo : de l'approche par objectifs à l'approche par compétences, quelle place donnée à la redynamisation des pratiques enseignantes ?
Margarita LOPEZ MENDEZ ……..……139

Entrer en formation au métier d'enseignant à l'Ecole Normale Supérieure : contexte et logiques de décision au Burkina Faso
Mangawindin Guy Romuald OUEDRAOGO ……..……..……152

Critique sur la prise en charge des TICS dans la supervision de stage professionnel en enseignement
Armel NGUIMBI …….…….…....164

Analyse du dispositif pédagogique du soutien scolaire privé
Adama KÉRÉ …….……..…….....176

Sexe et perception de la relation enseignante des élèves de la 6e année de l'académie d'enseignement de Bamako rive droite
Soumaïla COULIBALY, Moctar SIDIBÉ et Jacques Mawé DAKOUO……..……..186

L'enseignement de la linguistique et de la grammaire française : analyse de quelques opinions des futurs enseignants de français de l'École normale supérieure (ENS) de l'université Marien Ngouabi (République du Congo)
Solange NKOULA-MOULONGO …….……...……194

Rentabilités des études et choix de formation professionnelle chez les élèves et leurs parents : cas de deux écoles professionnelles de la région de la Boucle du Mouhoun (Burkina Faso)
Marcel ZERBO ……..…….202

Pratiques professionnelles des moniteurs d'auto-écoles et satisfaction des candidats au permis de conduire au Burkina Faso
Simon Pierre TIBIRI……..……...…..212

Les épreuves de géographie au Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC) au Burkina Faso : la question de la qualité au cœur d'une réflexion didactique
Éric Walièma SOMÉ et Janvier ZOUGMORÉ…….……..…….222

Analyse de l'appui de la coopération Suisse à l'éducation non formelle au Burkina Faso
P. Marie Bernadin OUEDRAOGO……..233

La construction du langage en CP à Libreville : vers le modèle d'échanges autour d'artefacts
Olga Thérésia NZEMO BIYOGHE ……..……..244

Abord psychodynamique et psychopathologique du trouble énurétique secondaire chez les enfants

Joël-Christopher BOLOMBO BAENDE, Université de Kinshasa (RDC)

E-mail : joebaende@gmail.com

Becker SUNGA SUNGA, Institut Supérieur Pédagogique de la Gombe (RDC)

E-mail : beckersunga@gmail.com

Florentin AZIA DIMBU, Université Pédagogique Nationale (RDC)
E-mail: aziflorentin@gmail.com

Résumé

Cette étude relève l'apport essentiel et déterminant de la psychologie clinique dans l'étiologie, le maintien et la thérapeutique des troubles infantiles, particulièrement l'énurésie secondaire. Plusieurs études ont déjà été consacrées à l'énurésie secondaire, cependant peu l'ont abordée dans l'approche psychodynamique et psychopathologique. La méthode clinique adoptée ici, permet de considérer chaque enfant dans sa singularité. D'une part, des entretiens cliniques ont été menés chez les parents/tuteurs d'enfants énurétiques. De l'autre, des épreuves projectives (Dessin de Famille et Patte Noire) ont été administrées aux enfants énurétiques. L'analyse clinique et l'étude de cas démontrent que tous les sept participants ont manifesté les traits de carence affective, qu'ils vivent des interactions morbides avec les membres de leur famille et qu'ils sont dans le contexte de dysfonctionnement au sein de celle-ci.

Mots-clés : Kinshasa, énurésie, infantile, psychodynamique, psychopathologie.

Abstract

This study highlights the essential and determining contribution of clinical psychology in the etiology, maintenance and therapy of childhood disorders, particularly secondary enuresis. Several studies have already been devoted to secondary enuresis, however few have addressed it in the psychodynamic and psychopathological approach. The clinical method adopted makes it possible to consider each child in his or her uniqueness. On the one hand, clinical interviews were conducted among parents/guardians of enuretic children. On the other hand, projective tests (Family Drawing and Black Paw) were administered to enuretic children. The clinical and case study analysis demonstrate that all seven participants demonstrated traits of emotional deprivation, that they experience morbid interactions with members of their family and that they are in the context of dysfunction within of it.

Keywords : Kinshasa, enuresis, infantile, psychodynamic, psychopathology.

Introduction

L'enfant est un être vulnérable, voire complexe, et sa situation paraît parfois difficile à appréhender même pour les spécialistes du domaine. Au cours de son développement, il peut être buté à de nombreuses difficultés de natures différentes : difficultés liées à l'alimentation, au sommeil, à la rétention urinaire, etc. Ces obstacles sont en grande partie occasionnés par divers facteurs, à savoir : les déficits organiques, les perturbations dans la relation mutuelle entre la mère et l'enfant, etc.

S'agissant des troubles liés au contrôle sphinctérien, l'énurésie paraît le plus fréquent et consiste, pour l'enfant, à mouiller des vêtements et son lit la journée comme la nuit. Comme

pour bien d'autres pays, il est évident qu'en République Démocratique du Congo, la prise en charge de cette catégorie d'enfants présentant les dysfonctionnements somatiques en général, l'énurésie en particulier, est l'apanage de la médecine urologique.

Dans l'évolution nosographique, le trouble infantile n'a pas suscité l'attention qui tend à se développer aujourd'hui. En effet, bien que l'histoire du trouble de l'énurésie remonte dans l'Egypte antique avec le Papyrus d'Ebers, les Classifications Internationales des Maladies, (CIM) lui ont accordé une place marginale et ce n'est que récemment en 2008 que le trouble est devenu un objet d'intérêt pour les chercheurs et les cliniciens au niveau international. Le Heuzey (2003) écrit à ce sujet que « les troubles psychosomatiques de l'enfant, bien que fréquents, sont encore trop souvent méconnus. Ils sont pourtant responsables de souffrance psychique qui affecte non seulement l'enfant mais aussi ses parents ».

Dans les lots quotidiens des pathologies infantiles, l'on peut évoquer les troubles alimentaires, du sommeil, et sphinctériens, etc... Il s'avère que, parmi les différents troubles précités, ceux liés au contrôle sphinctérien, notamment à l'énurésie, semblent être les plus fréquents, mais les moins soignés dans les milieux pédiatriques. Dans cette logique, D.W. Winnicott (1980) fait observer–que les troubles du contrôle sphinctérien chez l'enfant constituent un monde moins exploité. J.E. Dumas (1989) affirme que parmi les troubles de contrôle sphinctérien, l'on compte l'énurésie et l'encoprésie. Le premier représente le passage répété d'urine et le second caractérise le manque du contrôle des matières fécales à un endroit inapproprié. Les deux sont des perturbations intervenant à un âge auquel l'on s'attend à ce que l'enfant ait le contrôle de ses sphincters et sache disposer de ses déchets comme le font la majorité des enfants du même âge.

Par ailleurs, ces troubles du contrôle sphinctérien en général, l'énurésie en particulier, sont aussi observés en République Démocratique du Congo. En effet, actuellement, dans la ville de Kinshasa, l'on constate l'existence assez importante d'enfants présentant des troubles du contrôle sphinctérien ignorés tant par l'enfant lui-même que par son entourage. Ces troubles apparemment somatiques, perturbent la vie tant somatopsychique que sociale, voire scolaire des enfants. Et, en face du tableau clinique lié au trouble sphinctérien, les uns évoquent la sorcellerie et les autres parlent de l'envoûtement démoniaque. Ces comportements pathologiques ne sont pas dus uniquement à un ou plusieurs affections organiques mais aussi psychiques.

Comme l'alimentation est indispensable pour l'enfant, de même l'évacuation des urines et des matières fécales constituent un élément de croissance, du bien-être et du développement tant physique que psychique pour lui. Il convient que les troubles du contrôle sphinctérien chez l'enfant soient envisagés à plusieurs niveaux. Mais, c'est d'abord, comme l'indiquent P. Mazet et S. Stoleru (1988), les perturbations dans l'interaction mère-enfant qui représentent, dans bon nombre de cas, l'indice de difficultés des troubles sphinctériens chez l'enfant.

Ainsi, Brody, cité par J.de Ajuriaguerra (1980), considère que, la façon avec laquelle une mère répond aux besoins de son enfant ainsi que la qualité de sa réponse émotionnelle conditionnent, consolident ou fragilisent, dans une large mesure, la force, la qualité des identifications et la résistance aux troubles psychiques ou psychosomatiques. De plus, D.W. Winnicott (1988) affirme qu'au début, l'enfant n'existe pas sans sa mère. Son potentiel inné ne peut se révéler qu'avec les soins maternels. La préoccupation maternelle primaire donne à la mère la capacité de se mettre à la place de son enfant et de répondre à ses besoins. Grâce à cette adéquation, l'enfant n'éprouve aucune menace d'annihilation pour investir son self sans danger.

Il est vrai que des perturbations au niveau des relations mère-enfant peuvent engendrer ou donner lieu à diverses entités nosographiques infantiles notamment, les troubles du contrôle sphinctérien comme l'énurésie et l'encoprésie, tel qu'atteste l'Institut Français de la Santé et de la Recherche Médicale (2009). D'autres facteurs, selon la psychologie dynamique, peuvent aussi être à la base de ces troubles, notamment l'énurésie. Car, comme affirme J. Ozowa (2012),

les pathologies somatiques comme psychique chez l'enfant découlent, en grande partie, de la perturbation relationnelle de l'enfant avec les personnes de son entourage.

C'est dans cette même perspective que C. Benony et B. Golse (2003) lancent un appel aux chercheurs, cliniciens et pédiatres, de tenir compte d'un certain nombre de facteurs influençant le devenir affectif de l'enfant avant toute intervention. Certes, difficile à diagnostiquer suite aux réticences médicales, aux croyances fétichistes et à l'ignorance qui anime l'enfant et son entourage, l'énurésie en milieu congolais est cependant plus facile à définir que le reste des psychopathologies infantiles même si la plupart des Congolais ne la considèrent pas forcément comme le signe d'un trouble sérieux.

Ce comportement morbide (faire pipi au lit) qui ne peut pas être dû uniquement à une affection d'origine organique, est persistant. Il peut durer plusieurs années et, souvent, entraver le développement du fonctionnement adaptatif de l'enfant dans son entourage.

Cependant, seule la médecine, par l'entremise de la pédiatrie, ne suffit pas pour expliquer l'étiopathogénie de ces troubles sphinctériennes infantiles. Car la pathogénie de ces troubles est liée à des facteurs multiples touchant divers champs d'intervention (médicale, psychologique, sociologique, pédagogique, etc.). Voilà pourquoi l'apport de la psychologie dynamique dans l'explication de ces troubles infantiles est d'une nécessité impérieuse. Car, la psychologie dynamique, dans son abord étiopathogénique de troubles infantiles, circonscrit les aspects liés à la vie intra utérine de l'enfant, sa vie relationnelle et affective après la naissance, en vue d'une évaluation complète et suffisante de ce trouble.

A la lumière de ce qui précède, la présente étude s'inscrit dans la perspective de la psychologie dynamique. Sa préoccupation fondamentale réside dans la question suivante : quels sont les facteurs psychologiques intervenant dans l'étiopathogénie du trouble énurétique secondaire chez les enfants ?

Au regard de l'hypothèse suivante : les facteurs psychologiques étiolopathogéniques du trouble énurétique secondaire chez les enfants, seraient : la carence affective, les interactions morbides entre l'enfant et les membres de sa famille et le dysfonctionnement au sein de la famille.

Cette étude qui aborde l'énurésie secondaire dans l'approche psychopathologique, hormis la partie introductive et la conclusion, comporte trois sections. La première porte sur les aspects méthodologiques de l'étude, la deuxième s'attèle aux résultats de l'étude de cas et la troisième est axée sur la discussion des résultats.

1. Repères méthodologiques

1.1. Participants

Cette étude concerne des enfants énurétiques d'une des communes de Kinshasa dénommée Matete. Faute des statistiques, nous avons opté pour un échantillon non probabiliste de type accidentel de sept enfants dont l'âge varie de 5 à 12 ans. Cette taille de sept cas se justifie entre autres par l'orientation idiographique de la présente étude, laquelle privilégie l'examen approfondi des cas et non l'analyse statistique des données chiffrées provenant d'un grand échantillon. Ce sont des enfants rencontrés dans différents centres de santé de la commune de Matete. Ils ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants :

- être enfant énurétique dont l'âge varie de 5 à 12 ans ;
- obtenir le consentement des parents ou des tuteurs de l'enfant énurétique ;
- se montrer disponible et coopérant de participer à cette recherche.

Outre les enfants énurétiques abordés, nous avons recueilli des informations auprès de leurs parents ou leurs tuteurs afin de constituer et de compléter leurs récits biographiques.

1.2. Méthodes et techniques

La méthode clinique a servi pour mener à bien cette étude. Son choix se justifie par le fait qu'elle permet de considérer les enfants énurétiques comme des personnes se trouvant en situation-problème. Ainsi, on l'aborde non seulement dans une visée de recherche, mais aussi dans une perspective diagnostico-thérapeutique.

L'entretien clinique et les techniques projectives-avec notamment le dessin de famille et le test de patte noire, ont servi pour la collecte des données. Ces derniers instruments étaient administrés aux enfants, tandis que l'entretien a facilité la collecte des données auprès des parents et/ou tuteurs. En d'autres termes, par l'entretien clinique, il est question d'explorer le rapport que l'enfant énurétique entretient avec son environnement familial et par les techniques projectives, de sonder sa vie inconsciente.

Pratiquement, on a procédé comme suit :

- c'est dans les domiciles des parents d'enfants énurétiques que les entretiens cliniques ont eu lieu. Car après avoir obtenu l'accord parental à l'hôpital, rendez-vous était fixé au domicile des parents pour échanger à propos de cette problématique.
- les entretiens étaient individuels, c'est-à-dire, seul à seul soit avec la mère, soit avec le père de l'enfant. Le temps prévu pour chaque entretien variait entre 45 minutes et une heure. Et les échanges se déroulaient soit en lingala (la langue du milieu), soit en français. Cela nous a pris tout un mois.
- à la fin de l'entretien avec les parents, nous avons eu des séances d'application des épreuves projectives avec les enfants énurétiques. Et tout se passait dans une ambiance amicale et chaleureuse.

Etant donné la nature qualitative des données recueillies grâce à nos instruments de recueil des données à savoir : l'entretien et les épreuves projectives, nous avons opté pour l'étude de cas pour traiter les cas cliniques observés.

En effet, la technique de l'étude de cas nous a permis de réunir toutes les informations recueillies avec nos différents instruments (guide d'entretien et épreuves projectives), afin de les structurer dans un enchainement chronologique et ceci cas par cas.

Présentation des cas

Compte tenu de la nature qualitative de cette étude, nous les présentons sous forme de cas clinique. Ce sont des enfants énurétiques rencontrés dans leur milieu familial et hospitalier, chacun de ces sujets constitue un cas. Et pour de raisons d'éthique et déontologie, nous utilisons les initiales de noms en lieu et place de leurs vraies identités.

Dans la présentation de chaque cas, nous retenons les éléments d'identification, le récit biographique fourni par les parents de l'enfant énurétique, les informations des épreuves projectives (Dessin de Famille et Patte Noire) obtenues des enfants énurétiques et l'analyse partielle du cas.

Cas de SK

Elément d'identification

Agé de sept ans, SK est deuxième d'une fratrie de trois enfants, une fille et deux garçons. Son père est commerçant et sa mère exerce de petites activités commerciales pour s'occuper de sa famille. SK est originaire de la province de Bas-Congo. Il étudie en deuxième année primaire.

Récit biographique

Aux dires de sa mère, SK est né d'une grossesse à terme et sans complication. Il a bien évolué à côté de ses parents, jusqu'à l'âge de deux ans, où il s'est séparé de sa mère du fait que cette dernière devait s'occuper du bébé (son petit frère). SK est allé vivre chez sa tante paternelle. Là, il est devenu pleurnichard, colérique et commence à faire pipi au lit. Trois ans

plus tard, SK revient chez ses parents. Une année après le retour à la maison parentale, son père voyage pour les affaires commerciales, laissant sa famille pour une longue durée de deux ans, au point d'inquiéter fortement la mère de SK.

SK a commencé l'école à six ans, souvent distrait en classe, mais hyperactif et turbulent à la maison, accompagné de conduites agressives vis-à-vis de son frère cadet et de sa mère. Il bat souvent son frère sans raison affirme sa mère.

A l'école, SK est très faible dans des matières liées aux mathématiques et un peu fort en français. Dans son entourage familial, il est considéré comme un enfant calme, mais colérique. « *Si vous le provoquez, il vous frappe* », affirme sa mère.

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

Le Dessin de Famille nous renseigne que SK souffre d'une carence affective. Il affiche une régression vers le passé accompagné d'une fixation, ses rapports interpersonnels restent marqués par une agressivité, une mauvaise relation avec l'image paternelle et la désappréciation des parents.

- ***Patte Noire***

L'épreuve Patte Noire révèle que SK affiche une carence affective. Il a mal résolu son complexe d'œdipe, et affiche une rivalité fraternelle accompagnée d'une régression sadique orale et une angoisse de séparation.

Analyse partielle

De tempérament calme, SK est décrit par sa mère comme un enfant présentant deux attitudes : l'agressivité et la passivité complètement opposées.

Issu d'une grossesse désirée par les parents, SK est né sans complication. A sa naissance, il a bénéficié de toute l'attention et de l'affection de ses deux parents, jusqu'à l'âge de deux ans où il est éloigné de sa mère pour aller vivre chez sa tante paternelle. En effet, la mère devrait se débarrasser de SK pour bien s'occuper de son frère cadet. Cette situation est vécue par SK comme un rejet parental. C'est cela qui explique la carence affective dont il souffre. Cela ne lui a pas permis de bien résoudre son complexe d'œdipe. Autrement dit, SK refuse symboliquement de faire la paix avec son père et il s'attache à sa mère, c'est ce qui explique sa mauvaise relation d'image paternelle que révèle le dessin de famille.

Chez sa tante paternelle, SK est décrit comme pleurnichard et colérique. Comme pour dire qu'il exprime son mécontentement d'être séparé de son objet libidinal (la mère). Et puisque personne n'était là pour le secourir, il commença à faire pipi au lit, une attitude régressive, exprimant ainsi l'envie qu'on puisse prendre soin de lui comme on le fait pour son frère cadet. SK affiche un complexe d'œdipe ou de Caïn vis-à-vis de son frère, il le traite symboliquement de voleur. C'est-à-dire, qu'il est venu voler sa place aux côtés de sa mère.

SK apparaît donc comme un enfant perturbé affectivement et son énurésie n'est que l'expression d'un conflit affectif entre lui et son frère cadet d'une part, entre lui et ses parents, d'autre part.

Cas de GL

Elément d'identification

Agé de sept ans, GL est l'avant dernier d'une fratrie de quatre enfants, dont trois garçons et une fille. Il est jumeau. Son père est chauffeur et sa mère commerçante. GL est originaire de la province du Kongo Central. Actuellement, il est à l'école primaire.

Récit biographique

GL est né d'une grossesse à terme, mais par césarienne. A l'âge de quatre ans, il perd son père qui lui était très proche, affirme sa mère. Après cette situation, GL est tombé plusieurs fois malade. A cinq ans, au moment où il devait commencer l'école maternelle, sa mère voyage pour l'Angola. Et GL qui avait déjà cessé de mouiller ses vêtements et son lit, « *A mon retour de voyage, je suis surprise de constater qu'il a repris à faire pipi au lit* », déclare sa mère. Maintenant, GL vit avec sa sœur jumelle chez ses grands-parents. Il est considéré comme un enfant turbulent, hyperactif et têtu, mais intelligent à l'école. Il est très fort en dessin.

Sa mère pense que GL n'entretient pas de bonnes relations avec ses frères ainés, il n'aime pas aller leur rendre visite, en disant : « *ils sont méchants, ils me frappent beaucoup* ».

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

La production projective de Dessin de Famille révèle que GL s'accroche à l'image familiale du passé. Il souffre de la carence affective, s'attache au père du passé et vit en conflit avec ses frères, mais avec l'image maternelle.

- ***Patte Noire***

L'analyse de Patte Noire révèle que GL régresse vers le stade oral. Il éprouve une rivalité fraternelle accompagnée de la carence affective. Il a un attachement prononcé envers l'image paternelle avec un retrait narcissique.

Analyse partielle

GL est décrit par sa mère comme un enfant capricieux. Né par césarienne, GL est un enfant aimé par son père. Mais très tôt, il va être traumatisé par la mort de ce dernier (source de son investissement libidinal). Ce traumatisme primaire a été suivi d'un traumatisme secondaire lorsque sa mère effectua le voyage en Angola. Ainsi, GL s'est senti abandonné par tous (ses parents) et le choc affectif l'a poussé à reprendre de faire pipi au lit. Même sa mère est surprise de le constater à son retour de voyage.

Actuellement GL vit avec sa jumelle, chez leurs grands-parents. Il refuse de rendre visite à ses frères ainés et sa mère. Au regard des informations des épreuves projectives, nous pouvons relever que GL ne bénéficie pas de l'affectivité dans sa famille actuelle, c'est pourquoi il s'accroche à l'image familiale du passé. Autrement dit, il désire être à côté de son père biologique et ainsi bénéficier de son affection parce qu'il en manque dans sa famille actuelle.
GL affiche une image fraternelle négative, car ses frères excellent par la sévérité à son égard. Et à cet effet, ils ne comblent pas la carence affective de GL.

Cas de SD

Elément d'identification

Agé de sept ans, SD est l'ainé d'une fratrie de quatre enfants, dont trois garçons et une fille. Son père est informaticien et sa mère ménagère. Actuellement, il est en troisième primaire.

Récit biographique

SD est né d'une grossesse à terme, mais avec un accouchement compliqué. Il a bien évolué jusqu'à l'âge de trois ans, où il s'est séparé de sa mère parce que celle-ci attendait l'arrivée d'un autre enfant. Etant donné que sa mère souffrait d'épilepsie : « *je suis malade, je n'ai pu rester avec ces deux petits enfants* » dit la mère ? SD était allé vivre chez sa grand-mère. A l'âge de quatre ans, il a été rejoint par son frère qui n'avait que deux ans. Dès lors, SD commença de mouiller le lit et même faire caca dans ses vêtements.

SD a débuté sa scolarité vers cinq ans, timide et pleurnichard en classe, mais très colérique vis-à-vis de ses frères et ses amis, affirme sa mère. Intelligent, depuis la première primaire, SD est toujours parmi les trois premiers de sa classe.

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

Le Dessin de Famille révèle que SD souffre de la carence affective. Il s'accroche à la famille du passé. Il vit un conflit intrapsychique fraternel. Il pique une crise d'identité familiale à cause du manque d'harmonie familiale.

- ***Patte noire***

Il ressort de Patte Noire que SD souffre de la carence affective. Il manifeste de l'agressivité vis-à-vis de ses frères et sœurs. Il se culpabilise et affiche une régression anale accompagnée d'un attachement à l'image paternelle.

Analyse partielle

SD est né d'une grossesse qui a connu des complications occasionnant un accouchement par césarienne. Son père est souvent absent de la maison, et à cet effet il apparaît moins attentif aux besoins de son enfant. Sa mère pique de temps en temps des crises épileptiques. Donc, SD se retrouve dans une famille dysfonctionnée caractérisée par l'absence de l'image parentale. C'est ce qui justifie sa carence affective. Pour être plus sécurisé, SD va vivre chez sa grand-mère, peu de temps après, la place où il se sentait bien est volée par un autre enfant qui, lui aussi, cherchait la sécurité. Le changement de milieu familial a fortement perturbé SD au point de piquer une crise d'identité familiale. Autrement dit, SD ignore réellement sa vraie famille : chez sa grand-mère ou chez ses parents biologiques ? C'est cette perturbation qui le poussa à faire pipi au lit. En d'autres termes, son énurésie traduirait l'expression somatique de désordre autour de l'identité familiale.

Frustré de ne pas vivre avec ses parents biologiques, SD est devenu colérique, pleurnichard et il régresse à la phase anale en faisant le caca dans le vêtement, tout cela pour attirer plus l'attention de ses grands-parents avec qui il vit.

Toutefois, la crise d'identité familiale ne perturbe pas le développement cognitif de SD. Ainsi, même s'il est timide en classe, il se range toujours parmi les trois premiers de sa classe.

Cas de MD

Elément d'identification

Agé de sept ans, MD est aîné d'une fratrie de trois enfants, dont deux garçons et une fille. Sa mère est commerçante, originaire de la province de Bandundu. Il est en première primaire.

Récit biographique

Selon les affirmations de sa mère, MD est né d'une grossesse accidentelle, car elle ne s'attendait pas à cet enfant. Ce dernier ne connaît pas son père depuis qu'il né. En effet, sa mère menait une vie désordonnée jusqu'au jour où elle se rendra compte qu'elle est enceinte. Ainsi, elle ignore l'auteur exact de sa grossesse. En conséquence, MD, son fils, ne connaît pas non plus son véritable père biologique. Il vit avec un père de substitution et ce dernier ne s'occupe que de son propre enfant au détriment des autres enfants de son épouse. Sa mère est obligée de travailler pour subvenir aux besoins de ses enfants.

Depuis sa naissance, MD pleure beaucoup et ne parle pas vraiment. Il est très colérique, souvent, il ne joue pas avec les autres. Il préfère s'isoler dans son coin. Il ne s'entend pas avec ses frères, il les agresse sans raisons, il paraît turbulent et provocateur ; il aime beaucoup

manger. Sa scolarité n'est pas stable, suite aux manques d'argent et il est souvent distrait et négligent en classe.

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

Son Dessin de Famille révèle que MD souffre de la carence affective. Il se sent exclu de son environnement familial, lequel est caractérisé par l'absence de cohésion entre les membres.

- ***Patte noire***

Les éléments de Patte Noire révèlent que MD souffre d'une carence affective primaire. Il affiche une forte tendance à la culpabilité, un désarroi et un malaise affectif. Il vit dans un retrait narcissique.

Analyse partielle

Né d'une grossesse accidentelle, MD est un garçon qui ignore la vraie identité de son père. Il est encouragé en cela par le rejet du substitut de père. Cela le perturbe affectivement au point de se sentir exclu de son propre environnement familial.

Ainsi, depuis sa naissance, MD est décrit comme un enfant pleurnichard. Par cette attitude (de pleurnichard) il réclame sans cesse son père biologique qui lui manque. Dans ce contexte, son énurésie traduirait la réclamation du retour du père biologique à la maison. Autrement dit, MD vit dans le deuil continuel de ne pas connaître son vrai père. Il exprime cet état de deuil par des attitudes narcissiques et le dégoût social.

Cas de MR

Identification

Agée de douze ans, MR est l'avant dernière d'une fratrie de quatre enfants (deux sont morts) dont trois garçons et une fille. Son père et sa mère sont commerçants. Originaire de la province de l'Equateur, il est actuellement en quatrième primaire.

Récit biographique

MR est née d'une grossesse perturbée, du fait qu'elle est venue au monde au moment où sa mère était gravement malade. C'est la raison même de sa naissance par césarienne. Toute la famille résidait à Mbandaka. Elle a bien évolué jusqu'à l'âge de deux ans avant de se séparer de sa mère parce que cette dernière devait effectuer un voyage à Kinshasa.

A quatre ans, MR a perdu ses frères le même jour d'une maladie mystérieuse. Quelque temps après, MR commence à piquer des crises épileptiques accompagnées d'une énurésie, cela a perturbé leur vie quotidienne et ils sont allés consulter les marabouts pour trouver la solution. Cela n'a pas abouti. Deux années passèrent, sa mère décida de l'envoyer à Kinshasa pour des soins appropriés. Dix ans plus tard, elle y est rejointe par sa mère.

Depuis son jeune âge, MR n'a vu son père que deux fois. La première fois, quand elle avait quatre ans et la seconde fois quand elle a voyagé pour Kinshasa. Sa mère justifie ce fait en affirmant que « *son père est un commerçant qui voyage beaucoup et ne se préoccupe pas des problèmes de la maison* ». D'après sa mère, MR est considérée, par son entourage comme une enfant têtue, hyperactive et provocatrice. Elle provoque beaucoup sa grand-mère, mais elle est docile en classe, malgré son niveau d'intelligence trop faible.

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

Le Dessin de Famille laisse observer que MR souffre de la carence affective. Elle affiche une agressivité de l'image maternelle et un conflit d'identité familiale. En d'autres termes, elle ne s'identifie pas comme membre de sa vraie famille réelle.

- ***Patte Noire***

Les informations au test de Patte Noire démontrent que MR manifeste la carence affective. Elle vit dans une rivalité fraternelle et éprouve un sentiment de culpabilité. Des fois, elle présente un retrait narcissique et de l'agressivité vis-à-vis de l'image paternelle.

Analyse partielle

Issue d'une famille caractérisée par l'absence permanente du père et la fragilité de la mère, MR est née d'une grossesse perturbée. Très tôt, elle va se séparer d'avec sa mère (sa seule source d'investissement libidinal) à cause de l'absentéisme du père, pour raison de voyage. A cela, s'ajoute le décès brusque de ses deux frères, le même jour. Tous ces événements négatifs seront vécus par MR comme traumatisants au point de piquer une crise épileptique accompagnée du trouble énurétique.

L'absence du père à la maison et le déplacement de la mère à cause de sa santé fragile, poussent MR à inhiber son existence dans sa famille réelle. C'est pourquoi, elle affiche un conflit d'identité familiale.

De ce qui précède, l'énurésie de MR n'est qu'une expression d'un dysfonctionnement familial.

Cas de BL

Elément d'identification

Agée de onze ans, BL est l'ainée d'une fratrie de quatre enfants, dont deux garçons et deux filles. Son père est médecin et sa mère commerçante. Elle est originaire de la province du Kongo Central. BL est en cinquième primaire

Récit biographique

Née d'une grossesse accidentelle, à l'époque sa mère était encore élève et son papa faisait ses études universitaires de médecine, mais ils ont accepté malgré eux la situation. Même si beaucoup de problèmes ont survenu durant cette période de grossesse, car la grand-mère de la fille disait à sa petite fille : « *c'est une honte pour notre famille que tu nous amènes un enfant avant le mariage* ». Malgré cela, BL est née normalement, avec 2 kg, affirme sa mère.

BL a grandi auprès de sa mère et loin de son père, étant donné que celui-ci est allé étudier à Lubumbashi. Il a revu BL alors qu'elle avait quatre ans. Vers cinq ans, BL a reçu l'arrivée d'un autre enfant pour s'accaparer son terrain affectif où elle était maîtresse. Le jour où sa mère est sortie de la maternité, BL a beaucoup pleuré, refusant même de s'alimenter.

Le premier jour de la rentrée de classe, la mère de BL affirme que la maîtresse de la classe a rapporté que BL avait mouillé ses vêtements et sali ses habits. Cela a troublé sa mère puisque BL ne mouillait plus ses vêtements. Depuis cette date, BL mouille son lit chaque jour, chose étonnante, à n'importe quel moment.

En classe, elle est souvent distraite, moins éveillée et faible en lecture, grammaire et conjugaison. Mais elle est forte en mathématiques. Considérée par son entourage comme une enfant très colérique, BL n'aime pas de blagues. Souvent elle boude même sa mère, si cette dernière l'envoie. BL est pourtant considérée comme une enfant accueillante et douce vis-à-vis des étrangers.

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

L'épreuve projective de Dessin de Famille révèle que BL souffre de la carence affective. Elle est agressive et vit en conflit fraternel.

- ***Patte noire***

Les informations de Patte Noire démontrent que BL a une agressivité envers l'image parentale. Elle souffre de la carence affective. Elle n'a pas liquidé son complexe fraternel et exprime une régression orale et un sentiment de dépendance.

Analyse partielle

BL a donc grandi dans une famille déséquilibrée où le père est souvent absent, et la mère super protectrice. Peu de temps après, BL est confrontée à l'arrivée d'un autre enfant dans la famille et elle va la considérer comme un intrus qui est venu pour voler l'amour de sa mère à son égard. Ainsi, pour ne pas laisser la place à cet intrus, elle manifesta des attitudes de régression pour attirer l'attention de la mère à son égard. Son énurésie est donc un langage exigeant l'attention parentale à son égard dans le conflit fraternel.

Issue d'une union qui n'était pas encore légale, BL est surprotégée par sa mère. En effet, étant donné que sa mère avait déshonoré sa famille en ayant une grossesse avant le mariage, elle avait dû surprotéger son enfant pour montrer à tout le monde qu'elle avait bien la maturité suffisante pour avoir un enfant.

Cas de TK

Elément d'identification

Agé de sept ans, TK est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants, dont deux garçons et deux filles. Son père est avocat et sa mère est ménagère, originaire de la province du Kongo Central. TK est en première primaire.

Récit biographique

Né d'une grossesse à terme, mais ses parents n'attendaient pas de l'avoir, parce que son père venait juste de finir ses études. Il grandit comme un enfant calme qui ne pleure pas beaucoup, TK est décrit comme un enfant timide de nature mais très colérique, hyperactif et provocateur.

A l'âge de deux ans, TK a constaté la naissance d'un autre enfant au moment où il savourait encore le goût du lait maternel.

Depuis lors, il est devenu pleurnichard, colérique et il recommence à faire pipi au lit, selon sa mère. La mère de TK se préoccupe de l'état peu normal de son enfant et s'inquiète, car la situation s'empirait du jour au lendemain. Elle affirme : « *je pensais que cela allait finir, mais ça continue. Espérons qu'avant dix ans cela finira* ».

Il a débuté l'école à quatre ans. Souvent, il est distrait en classe, ne parle pas beaucoup, pleurnichard et faible en lecture, mais fort en calcul.

Plusieurs fois, ils se battent avec son jeune frère avec qui ils ont un écart d'âge d'une année. Selon sa mère, TK n'aime pas son petit frère, il est jaloux de lui. Il mange difficilement, préfère rester dans son coin pour regarder les dessins animés à la télévision, même s'il y a des visiteurs, il est souvent à l'écart.

Informations des épreuves projectives

- ***Dessin de Famille***

Il ressort de ce test que TK vit en conflit avec son frère cadet. Il affiche de l'agressivité vis-à-vis de ses parents et manifeste un sentiment d'infériorité et des attitudes régressives.

- ***Patte noire***

Le test de Patte noire rapporte que TK affiche une agressivité envers les images parentales, une agressivité dans les relations familiales. Il n'a pas résolu son complexe de Caïn et vit à cet effet une mauvaise relation fraternelle. Il développe le mécanisme d'identification à l'agresseur.

Analyse partielle

Issu d'une grossesse non désirée, TK est décrit comme un enfant calme, timide. Alors qu'il n'a pas encore cessé de recevoir les soins maternels, sa mère va encore mettre au monde un autre enfant. TK perçoit symboliquement son frère cadet comme un agresseur. C'est-à-dire il est venu pour le priver du sein maternel. Ainsi, il va s'identifier à cet agresseur en adoptant des conduites régressives telle l'énurésie.

Cette situation va aussi perturber sa scolarité au point d'être distrait en classe, ce qui dénote qu'il éprouve des difficultés pour se concentrer. Son énurésie n'est qu'une identification au cadet, considéré comme agresseur.

2. Analyse globale et interprétation des cas

Après avoir présenté et analysé individuellement les cas issus de l'enquête, voici l'analyse globale et l'interprétation des informations relevées.

Notons, bien que cette analyse globale et l'interprétation des cas se fait en fonction des objectifs spécifiques assignés à cette étude. Il s'agit de saisir les modalités d'explication du fonctionnement psychique dans les troubles du contrôle sphinctérien chez l'enfant, particulièrement l'énurésie, et relever dans la foulée les facteurs étiopathogéniques pouvant expliquer ce trouble énurétique secondaire infantile.

La lecture minutieuse de tous les cas présentés montre explicitement que l'énurésie chez ces enfants peut être comprise dans un contexte mésologique (familial) qui implique les relations morbides entre l'enfant et ses parents ou l'un deux et, l'enfant et son frère cadet.

Dans l'examen de ces différents cas, il ressort que la plupart de ces enfants énurétiques proviennent de et/ ou demeurent dans un milieu familial pathogène.

A titre exemplatif, évoquons les cas de GL qui a connu un double traumatisme : primaire par les décès de son père (sa première source libidinale) et secondaire par le voyage de sa mère pour l'Angola.

SD, quant à lui, se retrouve dans une famille dysfonctionnelle caractérisée par l'absence de l'image parentale. Certes, la famille est et demeure le seul milieu d'épanouissement psychoaffectif de l'enfant, mais une famille dysfonctionnelle est à la base de plusieurs pathologies chez l'enfant. Car n'ayant pas l'usage de la parole, l'enfant fait souffrir son corps pour exprimer le malaise régnant au sein de sa famille.

Au regard des informations issues du test de dessin de famille que ces enfants énurétiques ont reproduit, l'on peut affirmer que le dysfonctionnement familial prédispose l'enfant à présenter le trouble énurétique.

Hormis le dysfonctionnement familial, l'examen de ces différents cas explicite le rôle pathogène (idiosyncrasique) que joue les parents et les frères et sœurs de la fratrie dans leur rapport avec l'enfant énurétique. A titre illustratif, évoquons le cas de BL. Sa mère n'a pas pu résoudre ses propres problèmes avec ses parents, car elle est tombée enceinte avant le mariage. Avec cet état de déséquilibre psychologique, elle va surprotéger son enfant (BL) pour sublimer son déséquilibre. Ainsi, à l'arrivée de l'autre enfant, BL va se sentir dans l'insécurité affective. A cet effet, il va adopter des conduites régressives pour focaliser l'attention de sa mère à son égard. Comme pour dire, son énurésie traduit l'expression de la pathologie de sa mère.

SK, de son côté, a vu sa mère se débarrasser de lui, pour s'occuper de son frère cadet. Sa mère s'est débarrassée de lui sans procéder au rituel de séparation au préalable. Cela a été vécu

par SK comme un rejet parental. Les frères et sœurs des enfants énurétiques jouent de leur côté, un rôle passif (de spectateur ou de maintien de trouble énurétique). Car, ils n'interviennent pas affectivement pour combler le vide affectif parental chez l'enfant énurétique ; mais au contraire, ils le maintiennent et l'aggravent par leur sévérité et méchanceté vis-à-vis de leur frère (enfant énurétique).

3. Discussion des résultats

Cette étude a fait observer que la nature de rapport entre les parents et l'enfant énurétique est vécue par ce dernier comme une carence affective. Les épreuves projectives de Dessin de Famille et de Patte Noire révèlent clairement que tous ces enfants énurétiques manifestent des traits de carence affective. Autrement dit, un déséquilibre psychoaffectif au sein de la famille, l'énurésie est un signe d'alarme qu'utilise l'enfant pour attirer l'attention de son environnement sur lui et réclamer davantage de l'affection parentale.

J. Senterre et R. Eeckels (1996) ont démontré que l'énurésie secondaire est plus souvent due à l'existence de tensions psychologiques chez l'enfant, beaucoup plus rarement à des anomalies organiques. Pour J.R. Butler (2001), l'énurésie secondaire est associée à des facteurs psychosociaux, en particulier le divorce ou l'éloignement d'un des parents. L'auteur a également fait remarquer que les enfants énurétiques manifestent des sentiments de honte, de gêne, de culpabilité et d'impuissance quant à leur situation, une baisse de l'estime de soi et une limitation des activités sociales.

L'étude de Bernard-Bonnin (2008) a mis en évidence l'absence d'intérêt de l'enfant, l'absence de supervision parentale et les stress psychosociaux comme étant des facteurs de risque de l'énurésie.

Finalement, il ressort de la plupart des cas que l'arrivée du frère cadet dans la famille constitue un événement perturbant pour le frère ainé. Dans la majorité de cas, le frère ainé considère son cadet comme un intrus ou un agresseur qui vient pour voler son objet libidinal (la mère). Ainsi, si l'environnement familial dysfonctionnel et les relations morbides entre l'enfant énurétique et ses parents sont des facteurs prédisposant au trouble énurétique infantile, l'arrivée du frère cadet constitue un facteur déclenchant de trouble. Car, l'enfant manifeste des attitudes régressives à la venue du frère cadet, pour attirer l'attention des parents à son endroit. Dans l'énurésie secondaire, la régression peut être en rapport avec un abandon réel ou des frustrations mal supportées et correspondre au retour à un état de dépendance, à une complaisance ou à une érotisation régressive (J.de Ajuriaguerra, 1980).

C'est dans ce sens que C. Sahuc (2006) signale que dans certains cas, l'énurésie secondaire se manifeste souvent à la naissance d'un autre bébé. L'enfant qui était le centre du monde se voit propulsé au statut de « *grand* » mais il désire (consciemment ou non) prendre la place de ce nouveau bébé dont les parents s'occupent. Il joue alors au bébé et se remet à mouiller son lit.

De tout ce qui précède, l'on peut affirmer que ces informations corroborent notre hypothèse d'étude selon laquelle les facteurs étiopathogéniques du trouble énurétique infantile sont la carence affective, les interactions morbides entre l'enfant et les membres de sa famille et le dysfonctionnement au sein de la famille.

Conclusion

Cette étude qui s'inscrit dans le champ de la psychopathologie de l'enfant avait pour objectif de saisir les modalités d'explication du fonctionnement psychique du contrôle sphinctérien chez l'enfant, en particulier l'énurésie, puis de révéler les facteurs psychopathologiques pouvant expliquer le trouble énurétique.

La méthode clinique et les techniques projectives ont permis de comprendre chaque enfant dans sa particularité. Les entretiens réalisés avec les parents/tuteurs ont permis de collecter des informations sur l'environnement psychoaffectif et familial.

Les résultats de cette étude ont démontré la carence affective, les interactions morbides entre l'enfant et les membres de sa famille et le dysfonctionnement au sein de la famille, comme des facteurs étiopathogéniques du trouble énurétique infantile.

Certes, la famille est, et demeure le principal milieu d'épanouissement psychoaffectif de l'enfant, mais une famille dysfonctionnelle est à la base de plusieurs pathologies chez l'enfant. Car n'ayant pas l'usage de la parole, l'enfant fait souffrir son corps pour exprimer le malaise régnant au sein de sa famille. Et au regard des informations issues du test de dessin de famille que ces enfants énurétiques ont reproduit, nous pouvons affirmer que le dysfonctionnement familial favorise le trouble énurétique chez l'enfant, ces éléments corroborent les résultats des recherches antérieures affirmant que le dysfonctionnement psychoaffectif et familial sont des facteurs déterminants dans l'apparition des troubles sphinctériens chez les enfants.

Cette étude a privilégié l'approche qualitative afin de saisir les facteurs psychopathologiques pouvant expliquer l'énurésie chez les enfants. D'autres recherches pourraient approfondir des analyses quantitatives avec un échantillon plus vaste.

Bibliographie

AINSWORTH Mary D., 1962, « Les répercussions de la carence maternelle : faits observés et controverses dans le contexte de la stratégie des recherches », *Cahiers de santé publique-OMS*, n°14, p. 95-163.

AJURIAGUERRA Julian de, 1980, *Psychiatrie de l'enfance*, Paris, Masson.

BENONY Christelle et GOLSE Bernard, 2003, *Psychopathologie du bébé*, Paris, Nathan.

BERNARD-BONNIN Anne-Claude, 2008, « Les hauts et les bas de l'énurésie nocturne », *Le Médecin Québec*, Volume 43, n° 11, p. 73-77.

BUTLER J.R, 2001, ''Impact of noctural enureis on children and young people '', *Scand J Urol Nephrol*, volume 35, n°3, p. 169-76.

CORMAN Louis, 1970, *Le test du dessin de famille*, Paris, Presses universitaires de France.

CORMAN Louis, 1973, *Le test de patte noire manuel 2*, Paris, Presses universitaires de France.

CORMAN Louis, 1974, *Le test de patte noire manuel 1*, Paris, Presses universitaires de France.

DOLTO Françoise, 1984, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.

DUMAS Jean E, 1989, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck.

GAGNON André et al., 2001, *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Québec, Gaëtan Morin.

HALLGREN Bo, 1957, *Etude clinique et génétique de l'énurésie*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

LAROUSSE, 2013, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Larousse.

LE HEUZEY Marie-France, 2003, *L'enfant hyperactif,* Paris, Odile Jacob.

LEBOVICI Serge et SOULE Michel, 1970, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France.

MAZET Philippe et STOLERU Serge, 1988, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.

OZOWA LATEM Josué, 2012, « L'intervention du psychologue clinicien en pédiatrie », *Pensée Agissante*, n°5, p. 45-55.

PHILIPPE Christophe et al., 2008, « Soigner l'enfant énurétique sans en faire une maladie », *Médecine et enfance*, Volume 28, p. 2-6.

SAHUC Caroline, 2006, *Comprendre son enfant de 0 à 10 ans*, Paris, Studyparents.

SENTERRE Jacques et EECKELS Roger, 1996, *Pédiatrie-Capita selecta*, Louvain, Garant Uitgevers.

WINNICOTT Donald Woods, 1988, *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot.

WINNICOTT Donald Woods, 1980, *Processus de la maturation chez l'enfant*, Paris, Payot.

LAKISA, est une revue semestrielle à comité scientifique et à comité de lecture des sciences de l'éducation du Laboratoire de Recherche en Sciences de l'Éducation (LARSCED) de l'École Normale Supérieure de l'Université Marien Ngouabi (Congo). Elle a pour objectif de promouvoir la Recherche en Éducation à travers la diffusion des savoirs dans ce domaine. La revue publie des articles originaux dans le domaine des sciences de l'éducation (didactique des disciplines, sociologie de l'éducation, psychologie des apprentissages, histoire de l'éducation, ou encore philosophie de l'éducation...) en français et en anglais. Elle publie également, en exclusivité, les résultats des journées et colloques scientifiques.

Les auteurs qui soumettent des articles dans la revue *LAKISA* sont tenus de respecter les principes et normes éditoriales CAMES de présentation d'un article en Lettres et Sciences Humaines (NORCAMES/LSH) ainsi que la typographie propre à la revue.

L'ensemble des articles publiés dans la revue LAKISA sont en libre accès (accès gratuit immédiat aux articles, ces articles sont téléchargeables à toutes fins utiles et licite) sur le site internet de la revue. Cependant, les opinions défendues dans les articles n'engagent que leurs auteurs. Elles ne sauraient être imputées aux institutions auxquelles ils appartiennent ou qui ont financé leurs travaux. Les auteurs garantissent que leurs articles ne contiennent rien qui porte atteinte aux bonnes mœurs.

Laboratoire de Recherche en Sciences de l'Éducation (LARSCED)
École Normale Supérieure (ENS)
Université Marien Ngouabi (UMNG)
ISSN: 2790-1270 / en ligne
2790-1262 / imprimé
Éditeur : LARSCED
www.lakisa.larsced.cg
revue.lakisa@larsced.cg
revue.lakisa@umng.cg
BP : 237, Brazzaville-Congo