UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etudes des facteurs qui sont à l'origine des enfants sphincteriens chez les enfants récuperés dans les centres d'enfants non accompagnés (cas du vesos de Bujumbura)

Nimubona, Jean-Bosco; Sous la direction du Professeur Sylvestre BARANCIRA

1999
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1218

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

Département de Psychologie

ETUDE DES FACTEURS QUI SONT A L'ORIGINE DES TROUBLES SPHINCTERIENS CHEZ LES ENFANTS RECUPERES DANS LES CENTRES D'ENFANTS NON ACCOMPAGNES

(CAS DU VESOS DE BUJUMBURA)

Par Jean-Bosco NIMUBONA

Mémoire présenté et soutenu publiquement en vue de l'obtention du grade de Licencié en Psychologie;

Option : ***Clinique et Sociale***.

)us la direction du Professeur :

r Sylvestre BARANCIRA

Bujumbura, Octobre 1999

DEDICACE.

A mon Père,

A ma Mère,

A mes Frères et Soeurs,

A toute personne qui m'est chère,

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS.

Au terme du présent travail, qu'il nous soit permis de remercier toutes les personnes qui ont intervenu pour assurer sa réalisation et auxquelles nous exprimons toute notre reconnaissance.

De prime abord, notre profonde gratitude est exprimée au Professeur Sylvestre BARANCIRA, Professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, qui a daigné assurer la direction de ce mémoire malgré ses multiples responsabilités. C'est grâce à ses critiques, remarques et conseils empreints de courtoisie que ce travail a pu aboutir. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent également aux Professeurs de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, qui nous ont dispensé une formation tant morale qu'intellectuelle et ce que nous sommes actuellement est le fruit de leurs efforts.

Que notre reconnaissance parvienne à nos parents, à Louise, à Joséline, à Tharcisse CISHAHAYO, à Dismas NYAMWANA et à vous tous qui n'avez pas besoin d'être cités pour vous reconnaître. Sans votre soutien, moral et/ou matériel, de près ou de loin, rien n'aurait été possible. Nous sommes très reconnaissant.

Il sied en outre de remercier nos enquêtés sans qui, ce travail n'aurait pas été réalisé. Nous leur disons sincèrement MERCI.

Nos remerciements reviennent enfin aux Mères/Tantes SOS du VESOS de Bujumbura pour leur précieux concours dans la collaboration pour le recueil des données.

LISTE DES ABREVIATIONS.

- S.O.S. : " Save Our Souls " . C'est-à-dire " Sauver nos âmes ".
- V E S O S : Village d'Enfants SOS.
- F O J E S O S : Foyer de Jeunes SOS.
- J E S O S : Jardin d'Enfants SOS.

TABLE DES MATIERES

0. INTRODUCTION GENERALE.....5

0.1. Introduction.....5

0.2. Justification du choix du sujet.....9

0.3. Délimitation du sujet.....10

I^{ère} Partie: CADRE THEORIQUE.....11

CHAP. I. ELUCIDATION DES CONCEPTS.....12

I.1. Les concepts clés.....12

I.1.0. Introduction.....12

I.1.1. Enfants non accompagnés.....12

I.1.2. Centre d'Enfants non Accompagnés.....13

I.1.3. Orphelin.....14

I.1.4. Substitut parental.....19

I.2. Aspects sémiologiques.....20

I.2.1. Troubles sphinctériens.....20

I.2.2. Enurésie.....21

I.2.3. Encoprésie.....23

CHAP. II. METHODES THERAPEUTIQUES.....24

II.1. Traitement médicamenteux.....24

II.2. Thérapies psychologiques.....25

CHAP. III. HISTORIQUE DES VILLAGES D'ENFANTS SOS.29

3.1. Villages d'enfants SOS.....29

3.2. Historique des Villages d'Enfants SOS.....29

3.3. Villages d'Enfants SOS au Burundi.....31

3.4. Les Principes des Villages d'Enfants SOS.....31
3.4.1. La mère SOS.....33
3.4.2. La famille SOS.....34
3.4.3. La maison.....35
3.4.4. Le village.....35
3.4.5. Organisation des Villages d'Enfants SOS.....36

CHAP.IV. L'ENTRAINEMENT A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE.....38

- Les conséquences psychologiques et relationnelles de l'entraînement à la propreté sphinctérienne.....42

II[e] Partie: CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES.....45

CHAP. V. PRESENTATION ET DESCRIPTION DU TERRAIN D'ENQUETE.....46

5.1. Présentation du terrain d'enquête.....46
5.2. Description du terrain d'enquête.....46
5.3. La tâche du Directeur, de la mère conseillère et des mères / tantes SOS.....48

CHAP. VI. PROBLEMATIQUE, OBJECTIF ET HYPOTHESES DE RECHERCHE.....51

6.1. Problématique.....51
6.2. Objectif de la recherche.....54
6.3. Hypothèses de recherche.....54

CHAP. VII. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....55

7.1. La pré-enquête.....55

7.2. L'échantillonnage.....57
7.3. L'instrument d'enquête.....58
7.3.1. Observation participante.....58
7.3.2. L'entretien semi-directif..... 59
a. Entretien avec les enfants enquêtés.....59
b. Entretien avec les mères /tantes SOS.....60
7.3.3. Fiche d'observation.....62
7.3.4. Anamnèse.....63
7.3.5. Difficultés rencontrées.....64
7.4. Fiches d'observation indiquant pour chaque enfant la fréquence de son énurésie.....65

III. Partie: ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....70
0. Introduction.....71

CHAP. I ETUDE DU CAS CAKA.....73
I.1.Anamnèse 73
I.2. Discussion.....75
I.3. Processus thérapeutique.....79

CHAP. II. ETUDE DU CAS APA.....81
II.1. Anamnèse.....81
II.2 Discussion.....83
II.3. Processus thérapeutique..... 87

CHAP. III. ETUDE DU CAS CAN.....89
III.1. Anamnèse.....89
III.2. Discussion.....91

III.3. Processus thérapeutique.....98

CHAP. IV. ETUDE DU CAS AWA.....99

IV.1. Anamnèse.....99

IV.2. Discussion.....101

IV.3. Processus thérapeutique.....105

CHAP. V. ETUDE DU CAS INE.....107

V.1. Anamnèse.....107

V.2. Discussion.....110

V.3. Processus thérapeutique.....113

CHAP. VI. LE PSYCHODRAME THERAPEUTIQUE.....115

VI.1. Son historique.....115

VI.2. Application du psychodrame.....115

VI.3. Les modalités de son application.....116

CHAP.VII. ROLE DE LA MERE DANS L'EVOLUTION AFFECTIVE DE L'ENFANT: LE LIEN DE L'ENFANT A SA MERE ET L'INCIDENCE DE LA SEPARATION PRECOCE SUR LA SANTE MENTALE DE L'ENFANT..... ...119

VII.1. Le lien de l'enfant à sa mère.....119

VII.2. L'incidence de la séparation précoce sur la santé mentale de l'enfant: Carences affectives précoces.....122

CONCLUSION GENERALE.....126

RECOMMANDATIONS.....132

BIBLIOGRAPHIE.....134

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1. Introduction.

Certains pays dont le nôtre en particulier sont victimes des guerres et des maux sociaux avec des conséquences néfastes à tous les niveaux, notamment la disparition des vies humaines et le recul spectaculaire du sens de la moralité. Ces guerres et conflits accroissent le nombre d'orphelins et enfants abandonnés menant une vie dure et malheureuse. Ces enfants souffrent en outre d'un désarroi psychologique. Pour survivre, ils ont besoin d'un soutien matériel et surtout moral de protection et de consolation.

L'être humain doit donc lutter pour s'adapter et s'intégrer dans le milieu social, économique, politique et culturel dans lequel il se trouve. Mais cette adaptation et cette intégration ne s'opèrent pas sans difficultés surtout pour une personne qui a perdu les siens dès le bas âge. Ainsi pour mener à bien son équilibre ultérieur, l'enfant a besoin des soins et de la protection. C'est à travers ceux-ci que le cadre familial joue un rôle fondamental. Toutefois, il y a des enfants qui n'ont pas vécu cette ambiance familiale suite à la séparation précoce avec leurs mères. Cette séparation étant souvent due à la guerre qui a secoué notre pays ou à la mort de leurs mères suite à une maladie naturelle.

Dans la voie normale, c'est la famille qui assure les premiers soins et l'éducation de base. Elle constitue le premier milieu où se développe l'enfant et où s'élaborent, au gré des premières rencontres et des premières relations, les fondements de l'organisation comportementale. En effet, dans toutes les sociétés, c'est la famille nucléaire qui constitue l'unité de base et joue une importance capitale dans la vie de tout individu.

ALPHANDERY et ZAZZO expliquent à ce sujet:

> ***« On doit sans doute attribuer au milieu familial une importance déterminante parce qu'il est le lieu, et qu'il offre l'occasion des expériences premières. Toutes les structurations qui résultent de celles-ci en porteront nécessairement la marque »***[1]

L'entourage familial contribue donc de manière essentielle à maintenir le bébé en vie en assurant la satisfaction de ses besoins vitaux, en lui prodiguant les soins matériels exigés par son état, en le protégeant des innombrables périls qui le menacent de toute part parce qu'à cet âge, l'enfant est encore fragile sur tous les plans. En même temps que ces soins et cette protection, et à travers ceux-ci le cadre familial assure à l'enfant une sécurité qui constitue une condition fondamentale du développement et de l'équilibre ultérieurs de l'individu.

Nous prenons la famille d'une façon générale tout en voulant insister et spécifier le rôle de la mère dans son exercice de maternité. Ainsi dans la famille, c'est la mère qui joue un rôle essentiel dans le développement d'un bébé en intervenant à chaque instant pour satisfaire ses besoins et faciliter son adaptation au milieu. Le lien affectif de l'enfant à sa mère n'est pas le seul résultat du lieu nutritionnel. D'autres facteurs interviennent à savoir les contacts épidermiques, leurs effets tactiles, la chaleur, l'odeur, etc. Erny, P. qui s'est intéressé à l'éducation en Afrique a tenu à souligner cet aspect:

> ***« La mère est essentiellement présence, proximité, rassurante et apaisante. Le petit l'entend et surtout sent ses mouvements et sa chaleur quand il est couché à côté d'elle ou ficelé dans son dos. Elle lui offre sans intermédiaire, directement, dans l'intimité d'une relation qui ignore les distances que ce soit dans l'espace ou dans le temps. Le nourrisson n'a normalement pas l'occasion d'expérimenter ce qu'est la solitude ou***

---

[1] ALPHANDERY (H). et ZAZZO (R), Traité de psychologie de l'enfant.
V_1, P.U.F, Paris, 1970, P.151.

l'abandon, si courts soient-ils. Au moindre de ses pleurs, on le console en allant au devant de ses exigences »[1]

Donc la mère est perçue comme celle qui nourrit, apaise toute tension survenant chez le nourrisson. Elle se tient à sa disposition pour satisfaire ses besoins et ses envies. En effet, l'histoire d'un être humain commence à la naissance et même avant la naissance. Winnicott nous dit que:

« Chaque bébé est dès le début une personne et a besoin d'être connu par quelqu'un. Et personne ne peut connaître un bébé aussi bien que sa mère »[2]

Selon Spitz,

« Toutes les relations humaines ultérieures telle la relation d'amour, la réaction du groupe avec son chef et en définitive toutes les relations interpersonnelles prennent leur source dans la relation mère-enfant. »[3]

Notre recherche présente donc un point de départ pour la compréhension des forces et des conditions qui font de l'homme un être social.
Il est admis aujourd'hui que la capacité de l'être humain à établir des relations sociales s'acquiert dans la première relation mère-enfant. On admet aujourd'hui que si ces premières relations sont perturbées pendant les premiers jours, qu'elles soient déviées ou insuffisantes, elles ont pour conséquence de menacer quelque part les fondations même de la société. Les psychanalystes affirment que les victimes de ces relations perturbées seront à leur tour incapables de créer une relation.
Elles ne sont pas capables de s'adapter à la société; ce sont des infirmes émotionnels.

---

(1) ERNY (P), L'enfant et son milieu en Afrique noire, Paris, Payot, 1972, P.47.
(2) WINNICOT (D.W), L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations, Paris, Payot, 1957, P.104.

(3) SPITZ (R), De la naissance à la parole, la première année de la vie, P.U.F, Paris, 1968, P.8

Leur capacité d'établir des relations humaines et sociales normales est déficiente parce qu'elles n'ont pas eu l'occasion d'entretenir des relations libidinales. Pour R.Spitz:

> ***« De tels individus seront incapables de comprendre et encore moins de découvrir et de participer aux relations compliquées et nuancées qu'ils n'ont jamais connues. Les relations qu'ils sont capables de nouer atteignent à peine le niveau de l'identification et ne vont guère au-delà parce qu'ils n'ont jamais été en mesure de réaliser la plus précoce, la plus élémentaire des relations, la relation anaclitique avec leur mère »***[1]

En d'autres termes, s'il apparaît accidentellement des problèmes familiaux entraînant une dislocation de la famille et surtout la mort de la mère particulièrement pendant les premiers jours ou les premiers mois d'existence du nourrisson, son évolution psychoaffective en pâtit s'il ne trouve pas dans l'immédiat un substitut maternel valable.

Ainsi nous ne nous contentons pas de porter cette affirmation sans avoir mené une étude scientifique là-dessus. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre présent travail. Nous pensons l'organiser de la manière suivante:

Après avoir confectionné un support théorique dans lequel nous esquissons les concepts fondamentaux ainsi que les bases théoriques qui sous-tendent l'étude, nous aborderons ensuite la méthodologie dans laquelle la problématique, les objectifs de la recherche et la démarche méthodologique proprement dite (pré-enquête, enquête, échantillonnage) seront largement développés. Les résultats obtenus seront analysés et commentés dans une troisième et dernière partie, ce qui, en définitive, nous amènera à dégager les conclusions et recommandations à la fin du travail.

---

[1] SPITZ,R, Op.Cit. p.p. 231-232.

0.2. Justification du choix du sujet.

Pour assister les enfants sans famille, le gouvernement burundais a favorisé la création des institutions capables de veiller sur eux. C'est au sein de ces institutions que l'enfant tissera ses premières relations humaines.
Les éléments de croissance dépendent entièrement de la relation entre l'éducateur ou substitut parental et l'orphelin, qui se trouve être également le fondement du développement de la personnalité de l'enfant dans la mesure où l'enfant ne peut vivre sans soutien comme le signale Winnicott:

> ***« Un nourrisson, ça n'existe pas, (...) parce qu'on n'a jamais vu un enfant sans berceau ou sans bras qui le soutienne et on n'a jamais vu un nouveau-né sans soins maternels ».***[1]

Ainsi, l'oeuvre sociale que réalisent les institutions à caractère philanthropique comme les Villages d'Enfants SOS ne laisse personne indifférent. Ces institutions sont créées en effet dans le souci d'aider, de favoriser le développement équilibré des enfants sinistrés, sans parents, en apportant une assistance nécessaire pour leur bien-être, elles sont plutôt à encourager et à soutenir.

Faisons toutefois remarquer que certains enfants qui ont perdu les leurs arrivent dans ces institutions déjà fragilisés sur le plan psychique et présentent quelques troubles du comportement, et surtout les troubles sphinctériens en particulier l'énurésie. Ces derniers sont très fréquents dans presque tous les VESOS et orphelinats, ils traduisent une distorsion dans la sphère affectivoémotionnelle selon les études déjà faites au sein de ces institutions.

Devant tous ces problèmes à élucider et suite à un stage de formation que nous avons effectué au Village d'Enfants SOS de Bujumbura, nous avons éprouvé le désir de mener une étude sur cette institution surtout sur les enfants

---

[1] WINNICOTT (D.W)., Cité par CHILAND (C), Milieu et développement,Paris, P.U.F, 1972,P. 247.

énurétiques. Etant donné notre formation en psychologie clinique et étant touché par le désarroi moral qu'éprouvent ces enfants énurétiques évoluant dans cette institution, nous pensons que notre contribution pourra avoir un effet positif dans la perspective de comprendre et chercher une thérapie appropriée en faveur des enfants qui éprouvent ce problème.

0.3. Délimitation du sujet.

Notre travail se place dans un cadre bien précis. Il est précisément en rapport avec les troubles qu'éprouvent certains enfants dans leur évolution dans les centres d'enfants non accompagnés. Nous n'allons pas traiter tous les troubles dont souffrent ces enfants. Nous nous bornerons sur les troubles sphinctériens parce qu'ils sont fréquents dans les Villages d'Enfants SOS ou Orphelinats.
Ainsi pour des raisons de moyens et d'accessibilité, nous avons choisi de mener notre étude sur le VESOS de Bujumbura.

I^{ère} Partie: CADRE THEORIQUE

CHAP I. ELUCIDATION DES CONCEPTS

I.1. Les Concepts-clés.

I.1.0 . Introduction.

Il est important de préciser certains termes pour que le lecteur intègre notre travail, étant donné qu'au niveau des sciences humaines, un concept ou une notion peut avoir des significations différentes selon la méthode choisie ou selon le contexte.

A ce propos, en ce qui concerne les sciences de l'éducation, MIALARET, G. signale:

> ***« Une très grande confusion règne dans les définitions des termes utilisés dans le domaine des sciences de l'éducation. On prend pour méthode ce qui n'est qu'un procédé. On discute sur les principes d'éducation et on les oppose à certaines conceptions pédagogiques dont ils découlent partout directement »***[(1)]

De même, pour DE PERETTI:

> ***« Les mots peuvent avoir pour chaque personne des valeurs différentes »***[(2)]

Nous allons donc définir les termes qui pourraient susciter des ambiguïtés.

I.1.1. Enfants non accompagnés.

Conformément à la définition qu'en a donné l'Unicef,

> ***« Un enfant non accompagné est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité et qui n'est pas accompagné par un parent, un tuteur ou un autre adulte qui, selon la loi (ou la coutume), est chargé de veiller sur lui ».***[(3)]

En effet, le terme « Enfants non accompagnés » englobe dans ce

---

(1) MIALARET (G), Introduction à la Pédagogie, Paris, P.UF, 1969. P.3
(2) DE PERETTI (A), Libertés et relations humaines, Ed. De l'E.P.I, 1967. P. 143.
(3) Définition tirée de « Aide aux situations d'urgence » - UNICEF.

travail:

- les enfants qui ont perdu les leurs ou orphelins et qui ne parviennent pas à trouver un tuteur.
- Les enfants délaissés ou orphelins sociaux qui sont des enfants dont leurs parents ont manqué à leur devoir éducatif suite à des contraintes socio-économiques et à des grossesses non désirées.

Dans ces conditions, ces enfants se réfugient dans la rue où ils trouvent la liberté, l'amour et la force à travers les bandes d'autres enfants ayant subi le même sort. Par conséquent, certains de ces enfants se mettent à voler, à fouiller les ordures; les autres se mettent à mendier ou se livrent à d'autres activités indignes. Ils adoptent des comportements antisociaux en l'occurrence la consommation des stupéfiants.

Ainsi, si les enfants non accompagnés sont démunis sur le plan matériel, ils le sont aussi sur le plan psychoaffectif. En effet, ils sont seuls avec tout ce que cette situation implique comme problèmes et difficultés, ils n'ont plus de points de repères, ils sont plus fragilisés que les autres sur le plan psychologique.

Cependant, les enfants non accompagnés ne sont pas les seuls qui soient exposés aux traumatismes, car tout individu ayant vécu une situation dépassant sa capacité d'adaptation peut subir également un choc psychologique et être traumatisé.

Toutefois, nous pouvons dire que la situation d'abandon, qui est celle d'enfants non accompagnés, constitue un facteur aggravant qui rend ces enfants plus vulnérables.

I.1.2. Centre d'Enfants non Accompagnés.

Ce sont des projets ou des organismes à caractère philanthropique ayant pour objectif d'aider les enfants en difficultés. En effet, le but général de ces projets pour les enfants non accompagnés est de leur procurer l'appui et l'accompagnement psychologique dont ils ont besoin, car un enfant non accompagné peut paraître sain, équilibré mais cacher un trouble psychologique

important de nature à le détruire progressivement.

Ces projets agissent aussi pour favoriser les restructurations de la personnalité de tous les enfants perturbés à des degrés divers. Cette restructuration de la personnalité dépend en partie des séquelles laissées après l'abandon ou la perte de leurs objets d'amour. Ainsi, l'enfant a besoin de retrouver un environnement qui lui offre la garantie d'un épanouissement équilibré. Mais les conditions d'assistance dans lesquelles l'enfant non accompagné est placé n'offrent pas toujours cette garantie, ni toute l'affection nécessaire à son plein épanouissement. Partant, pour que ces enfants ne deviennent pas ce que nous pourrions appeler Orphelin de « seconde zone », il est nécessaire qu'ils bénéficient d'un soutien psychologique. Celui-ci pour être efficace, doit passer par un engagement responsable de la part de ces Projets ou du tuteur. Les actions à mener en faveur des enfants en difficultés doivent faire de cet élément un axe d'intervention prioritaire.

I.1.3. Orphelin.

Selon Robert LAFON:

> ***« Un Orphelin est un enfant qui a perdu son père et sa mère. Celui qui a perdu son père est dit orphelin de père et celui qui n'a perdu que sa mère est dit orphelin de mère »***[1]

On peut aussi mettre dans la même catégorie d'orphelin les enfants qui errent dans la rue, qui n'ont ni demeure ni refuge (soutien)

Ainsi, comme le souligne GMEINER:

> ***« Il faut nous habituer à ne pas réserver le qualificatif « orphelin » aux enfants dont les parents sont morts; sont généralement orphelins ceux que leurs parents ont abandonné ou ceux dont les parents ont été déchus de leurs droits par décision de justice, on les appelle généralement des « orphelins sociaux », bien souvent à plaindre que les vrais orphelins,***

---

[1] LAFON (R), Dictionnaire de Psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant P.U.F, Paris, P. 617.

beaucoup d'entre eux viennent d'un milieu familial divisé, livré au désespoir, aux disputes et aux rixes ».[1]

Cette définition pousse plus loin en mettant dans la même catégorie d'orphelin les enfants délaissés, c'est-à-dire les enfants sans secours, sans assistance, abandonnés sur eux-mêmes, les enfants dont leurs parents ont manqué à leur devoir suite à l'incapacité de les supporter, la pauvreté due aux conflits socio-politiques, grossesses non souhaitées, etc.

La disparition d'un père de famille laisse l'enfant dans une situation d'orphelin. En effet, le père est le chef de la famille et participe en grande partie à l'éducation des enfants. Il représente l'autorité masculine de la famille, à la fois responsable et conseiller de la mère. Cette dernière doit trouver auprès de lui l'appui nécessaire à l'accomplissement de ses tâches. Pour les enfants il incarne l'autorité, la personne qui possède l'expérience de la vie et est capable de résoudre les problèmes quotidiens de la famille et même ceux de l'entourage. Il incarne aussi l'ordre, le respect, le représentant de la norme et contribue au développement du « Surmoi », d'où la disparition de l'image paternelle conduit également au manque d'un modèle d'identification chez l'enfant. Notons en outre que l'image paternelle est indispensable pour assurer une évolution psychoaffective équilibrée à l'enfant. Elle fournit un support d'identification qui lui permet de surmonter la crise oedipienne. En effet, dans la période pré-oedipienne, la fille comme le garçon s'attache à la mère. La période oedipienne vient marquer le changement de l'objet d'amour. Ainsi par exemple elle passe de l'attachement à sa mère à l'attachement à son père. On peut dire que l'oedipe constitue le noeud original de toutes les relations humaines, qu'il joue un rôle primordial dans la structuration de la personnalité et dans l'orientation du désir humain.

---

[1] GMEINER (H), Les Villages d'Enfants SOS, Instruments modernes pour l'éducation des enfant abandonnés, Insbruck, 17e éd., 1980, P.51.

Partant, dans les sociétés patriarcales comme la nôtre, si l'enfant n'a pas de père, le complexe d'oedipe ne peut pas évoluer dans le processus normal jusqu'à sa liquidation ou connaît du moins des perturbations, ce qui influence beaucoup la personnalité du sujet ainsi que son équilibre affectif, social et psychosexuel.

De plus, à mesure que l'enfant grandit, le rôle éducatif du père s'avère crucial. Nous savons qu'à la période d'adolescence, c'est le moment des conflits, l'esprit d'indépendance se développe davantage et il est mal contrôlé. L'adolescent a envie de partir, de se promener sans surveillance, de profiter de ses moments libres, etc. Parfois, il s'oppose à ses parents ou il feint de ne pas s'entendre avec sa famille, aux yeux de ses camarades, pour avoir l'air adulte. Il a envie que les plus jeunes l'admirent. A ce stade de développement, si son père n'est pas là pour le gronder pour enfin le redresser, la mère elle seule n'est pas souvent à la hauteur des attitudes éducatives qu'impose la crise d'adolescence. Enfin, la disparition physique du père entraîne outre ces marques, une carence affective chez l'enfant.

De même la perte de la mère biologique a des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant. Si nous revenons un peu en arrière, nous savons que le rôle de la mère commence dès la conception. Elle porte son enfant dans son sein, elle le nourrit, le protège, évite tous les faits qui pourraient provoquer l'avortement, en subit des souffrances et des joies jusqu'au jour où elle mettra au monde l'enfant. C'est pour cela que les grossesses non souhaitées peuvent être l'objet d'une pathologie ou d'un handicap quelconque, selon les psychanalystes. Après la naissance, la mère allaite son nourrisson pendant une période variant de quelques mois à 2 ans. Quand la mère allaite son enfant, ce dernier la regarde, la touche, mime ses gestes, répond à ses sourires, causent tous les deux même si l'enfant n'a pas encore acquis le langage. Le nourrisson réagit à toute faille dans la constance des soins, à tout déplaisir ressenti dans son for intérieur. La mère est la première à apaiser ses tensions, à satisfaire tous ses besoins.

SCOTT dit que la carence des soins maternels au cours des premières années a des répercussions violentes sur le développement de la personnalité de l'enfant.
Se basant sur l'expérience de SCOTT, BANYANKIMBONA rapporte que:

> ***« Dans une étude faite sur 102 récidivistes âgés de 15 à 18 ans, SCOTT a montré comment l'anxiété résultant des liens affectifs non satisfaits au cours de la première enfance prédisposait les enfants à réagir de façon antisociale aux tensions ultérieures »***[1]

M.LESCURE ajoute:

> ***« Ce contact maternel constitue la première expérience de relation humaine, l'avenir de toutes les autres relations humaines en dépend »***[2]

De surcroît, après la liquidation du complexe d'oedipe, la mère intervient beaucoup dans le partage des rôles à jouer dans la société selon le sexe. Elle trace à sa fille les lignes directrices qu'elle doit suivre pour bien assumer son rôle de fille ou de femme idéale dans son proche avenir.
Ainsi, si la mère rend l'âme à l'âge où la fille commence à s'identifier à elle, l'on comprend bien qu'à ce moment il lui manque un modèle d'identification.

Cependant, la séparation de la mère avec son enfant causée par la disparition de la première peut déboucher sur des troubles psychoaffectifs très importants si la substitution n'est pas bien faite. L'enfant peut régresser et devenir vulnérable aux maladies de tout ordre notamment l'hospitalisme.
Pas mal d'auteurs psychanalystes dont A. FREUD reconnaissent que la perte d'une mère occasionne des chocs qui peuvent compromettre la croissance de l'enfant:

---

[1] BANYANKIMBONA (M), Etude des problèmes éducationnels rencontrés par les enfants orphelins dans lesVillages d'Enfants SOS (Enquête menée dans le VESOS Gitega) Mémoire inédit, U.B., F.P.S.E, 1987, P.7.

[2] LESCURE (M), Des Carences éducatives, des troubles de la relation à l'autre pendant l'enfance et l'adolescence, Tallah, Privat, 1958, P. 51.

"Le choc de la séparation s'exprime souvent par des troubles de fonctions corporelles telles que des perturbations du sommeil, de l'alimentation et du fonctionnement digestif et une moindre résistance aux infections. De plus beaucoup de jeunes enfants régressent de leur développement: ceux qui viennent d'apprendre à parler abandonnent le langage, ceux qui commencent juste à se mouvoir de façon indépendante abandonnent la marche, ceux qui ont déjà acquis la propreté se mouillent et se mouillent de nouveau. C'est presque toujours l'acquisition la plus récente du développement qui est perdue la première »[1]

Quand l'enfant perd dès son bas âge, son père et sa mère, il est dit orphelin de père et de mère et il en ressent une grande angoisse s'il ne reçoit pas de substitut parental valable. Si cette angoisse prend une trop grande importance, les substituts parentaux doivent veiller à ce qu'elle ne s'installe pas. Les théories psychanalytiques ont insisté sur l'importance, pour des conduites ultérieures de l'individu, des premières relations du nouveau-né avec son entourage parental. Bien des facteurs interagissent pour former cette nature si complexe qu'est la personnalité de l'enfant dont la plupart peuvent échapper aux parents les plus consciencieux et les plus équilibrés, pis encore en cas de leur absence physique ou psychologique.

C'est à travers la réalité du couple parental que l'enfant accède à la notion de société, pluralité de personnes. Le rôle du couple parental est un rôle actif. En effet, non seulement il apporte à l'enfant ce dont il a besoin et qu'il ne peut se procurer seul; non seulement il offre un exemple que l'enfant aura tout naturellement tendance à imiter, mais aussi il guide l'enfant vers les choix les plus profitables et subtils, il apporte l'aide indispensable pour atteindre les buts encore inaccessibles à ses seules ressources.

---

[1] FREUD (A), L'enfant dans la psychanalyse, Gallimard, Paris, 1976, P. 198.

Aussi il l'encourage, il l'oblige parfois à faire ce qui doit être fait et que seul il ne pourrait mener à bien faute de discernement ou de maturité. Ainsi le rôle des parents est primordial, ceux-ci sont donc irremplaçables.

Cependant, la perte des objets d'amour pourrait entraîner l'enfant dans un déséquilibre total s'il ne trouve pas un substitut parental doté de qualités d'un parent naturel pouvant être à la hauteur d'assumer les tâches ci-haut mentionnées et de combler le vide affectif.

I.1.4. Substitut parental

Il s'agit d'une expression composée de deux mots, le mot « substitut » et le mot « parent »

Concernant le mot « Substitut », on l'utilise pour désigner ce qui peut occuper les fonctions d'un objet ou d'un être humain en l'absence de ce dernier. Ainsi, on ***« parle de substitut maternel lorsqu'une personne (grand-mère, nourrice, éducatrice) a avec l'enfant les relations qu'il ne peut avoir avec sa mère ».***[1]

Un objet peut être le substitut d'un autre lorsqu'il occupe sa place dans le cadre d'un investissement pulsionnel.

Concernant le terme « parent » nous voulons surtout souligner son rôle dans la famille nucléaire et plus précisément dans l'éducation des enfants. Ainsi ROBERT LAFON dit que le terme « parent » signifie:

> ***« Le père et la mère et dans un sens plus général tous ceux dont on descend et même tous ceux issus du même sang ou appartenant à la même famille »*** [2]

C'est l'homme et la femme à qui on doit la vie. La relation parents-enfants est capitale, elle ne peut plus se concevoir sous la seule forme de l'autorité, mais sous

---

[1] Univers de la psychologie, Paris, Lidis, 1977-1981. U.7. P.93.

[2] ROBERT LAFON, Vocabulaire de Psychopédagogie & Psychiatrie de l'enfant P.U.F, Paris, 1979.

l'aspect de l'interpsychologie « fondée sur l'amour et l'autorité, la liberté et la discipline. C'est au sein de la famille que l'enfant fait l'apprentissage de la vie et s'identifie. Les parents sont des adultes et constituent un couple, les époux deviennent des parents, parents et enfants constituent un groupe particulier: la famille. Responsables d'une famille, les parents sont engagés dans la société et y engagent leur famille et chacun de leurs enfants en particulier.

Mettons donc les deux mots en commun « substitut » et « parent », nous avons l'expression « substitut parental » qui signifie celui qui, en l'absence temporaire ou définitive de l'un des parents ou des deux, tient leur rôle. Cette expression est utilisée en d'autres termes, dans les milieux d'aide sociale ou d'assistance éducative, pour désigner la personne chargée de remplacer le père et la mère ou l'un d'eux en cas de disparition, d'empêchement, d'absence ou de carence de ces derniers ou d'abandon par ceux-ci.

L'expression « substitut parental » évoque l'idée de suppléance ou remplacer avec nuance de subordination provisoire au vrai détenteur d'autorité parentale.

I.2. Aspects sémiologiques

I.2.1. Troubles sphinctériens

Les troubles sphinctériens sont des troubles qui sont relatifs à un sphincter. Selon le Dictionnaire Hachette,

> ***« sphinctérien signifie qui est relatif à un sphincter; tandis que sphincter signifie ensemble de fibres musculaires lisses ou striées contrôlant l'ouverture d'un orifice naturel »*** [1]

Parmi les troubles sphinctériens, on distingue l'énurésie et l'encoprésie. Mais en ce qui nous concerne, nous allons nous limiter sur l'énurésie; laissant le soin aux autres chercheurs d'exploiter le domaine de l'encoprésie.

---

[1] Dictionnaire Hachette, Langue, Encyclopédie, Noms propres. P.1205

I.2.2. L'énurésie.

L'énurésie est l'un des principaux troubles qui affectent, le vécu organique, psychique et social de l'individu en général et de l'enfant en particulier.

Selon l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, l'étymologie du mot énurésie est:

> ***« en: sur; ouresein qui signifie uriner, c'est-à-dire uriner sur soi. Il s'agit d'une perte involontaire d'urine, d'origine fonctionnelle, survenant plus volontiers la nuit ».***

Tout en abondant dans le même sens que l'Encyclopédie mais en le complétant, l'univers de la psychologie présente la définition suivante:

> ***« L'énurésie est une miction active et complète, involontaire, survenant le plus souvent au cours du décubitus somnique »*** (c'est-à-dire lorsque l'enfant dort)[1] (1)

Cette définition distingue donc l'énurésie des incontinences d'urines en rapport avec une lésion organique et y inclut les énurésies diurnes, miction survenant chez le sujet éveillé.

En effet, l'incontinence est un écoulement permanent d'urines et résulte souvent d'une atteinte organique connue, c'est-à-dire en cas de lésions ou d'anomalies de l'appareil urino-vésical ou en cas d'atteinte neurologique.
Dans l'énurésie au contraire, il n'existe pas de lésion organique indiscutable et cette affection est soumise de manière prévalente à des facteurs psychologiques le plus souvent inconscients.

L'âge du contrôle sphinctérien se situe en moyenne, le jour, à deux ans, la nuit, à trois ans, mais la majorité des enfants sont propres avant deux ans selon les spécialistes. Cela étant, on ne peut guère parler d'énurésie avant l'âge de 4 ans. Mais il est évident que cette limite d'âge a un caractère plus ou moins

---

(1) Univers de la psychologie, Edition Lidis, Paris, P.421.

conventionnel et que l'énurésie sera d'autant moins préoccupante que l'enfant est plus jeune. L'âge limite de quatre ans correspond au moment où l'apprentissage sphinctérien urinaire est achevé chez les enfants normaux les plus tardifs.

L'énurésie serait beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles; elle cède habituellement ou spontanément au cours de l'adolescence. Elle est exceptionnelle chez l'adulte. Deux types d'énurésie doivent être distingués: énurésie primaire et énurésie secondaire.

L'énurésie est dite primaire lorsque l'enfant n'a jamais été propre, c'est-à-dire que l'enfant n'a jamais acquis la discipline sphinctérienne. Elle est la plus fréquente et son rythme est variable (toutes les nuits chez la majorité des enfants énurétiques du VESOS Nyakabiga, 4 ou 5 fois par semaine pour les autres). L'énurésie primaire est le plus souvent nocturne. Parfois, il s'agit d'une énurésie intermittente: les accidents peuvent être groupés sur une plus ou moins longue période ou apparaître isolement. L'étiologie psychogène ne serait pas en cause. Il est aberrant de supposer des problèmes affectifs à l'origine d'une énurésie primaire, même lorsqu'elle se prolonge bien au-delà de cinq ans. L'énurésie primaire est souvent influencée par l'ambiance psychologique dans laquelle se trouve l'enfant, ou par des circonstances plus ou moins marquantes de sa vie, mais cela ne démontre pas automatiquement que l'origine de ce trouble soit purement psychologique.

Ce qu'il est en revanche très fréquent d'observer, ce sont les conséquences psychologiques de l'énurésie, surtout quand l'enfant avance un peu en âge, il est alors exposé aux moqueries, plaisanteries, aux punitions, etc.

Tout cela fait qu'on risque de centrer l'ensemble de la problématique psychoaffective de l'enfant sur son énurésie et de faire naître ainsi chez lui des sentiments d'infériorité, sources possibles de repli sur soi ou d'opposition. En fait, chaque enfant vit son énurésie selon sa propre personnalité. Notons enfin que la plupart des énurésies primaires s'expriment de façon isolée, sans aucun trouble du comportement associé.

L'énurésie est dite secondaire lorsqu'elle succède à une période de propreté complète. En effet, elle s'observe le plus souvent chez des enfants dont le contrôle sphinctérien a été tardif, c'est-à-dire au-delà de la troisième année, âge à partir duquel on peut parler d'énurésie. Ainsi, l'énurésie secondaire est beaucoup plus rare. Il s'agit, autrement dit, d'enfants qui avaient acquis la maîtrise de l'automatisme « uro-vésical » mais qui le reperdent à l'occasion d'une perturbation quelconque, parfois évidente (maladie sévère, désordre affectif évident, deuil, difficultés familiales ou scolaires, traumatismes psychiques, etc.).

I.2.3. Encoprésie.

L'encoprésie est fréquemment associée à l'énurésie.

> ***« L'encopresie désigne une inconduite sphinctérienne anale se manifestant par des défécations plus ou moins involontaires chez des enfants de plus de 3 ans et ceci en l'absence de toute cause d'incontinence (par lésion ou anomalie de la région ano-rectale ou par atteinte des centres et des voies nerveuses en jeu dans l'automatisme défécatoire) ».***[1]

L'encoprésie peut être primaire ou secondaire mais à l'inverse de l'énurésie, elle est d'apparition secondaire dans la majorité des cas. L'encoprésie diurne est plus fréquente que l'encoprésie nocturne, parfois associée à une énurésie. La défécation se produit sans que l'enfant en ait apparemment perçu le besoin, à n'importe quel moment de la journée, dans ses vêtements qu'il cache.

Cette anomalie peut être due à des causes organiques, entre autres à des malformations anatomiques, neurologiques, etc. Le plus souvent, elle relève de causes affectives (séparation d'avec la mère, naissance d'un frère ou d'une soeur, abandon, etc.). L'encoprésie apparaît comme une fixation ou une régression au stade anal, selon les spécialistes.

---

[1] (P) DEBRAY-RITZEN, MESSERSCHMITT (P), GOLSE (B), Neuro-psychiatrie infantile, Masson, Paris, 1981, P.175.

CHAP. II . METHODES THERAPEUTIQUES.

La thérapeutique est souvent décevante en raison de l'absence d'étiologie somatique précise et de l'inaccessibilité des situations conflictuelles initiales profondément enfouies dans l'inconscient. Ainsi le traitement de l'énurésie est variable suivant le contexte psychologique. Cependant, il faut chercher à obtenir la disparition du symptôme, source de conflit secondaire et maintenant l'enfant dans une attitude régressive.

2.1. Traitement médicamenteux.

Ces traitements visent à réhabiliter la santé psychique des enfants qui présentent quelques troubles du comportement par des médications de nature biochimique. De nombreuses techniques ou méthodes sont utilisées en fonction de la nature des troubles et des objectifs envisagés. Ce genre de traitement associe la chimiothérapie qui est une acquisition moderne de traitement par des substances chimiques ou biochimiques. Ces substances relèvent du domaine de la pharmacologie psychiatrique. En effet, la chimiothérapie dans le domaine de l'énurésie a un effet portant sur des modifications de la durée du sommeil. L'enfant se réveille en pleine nuit afin qu'il puisse uriner, puis se rendort jusqu'au matin. Ces médicaments augmentent aussi la capacité vésicale.

Néanmoins même si ces médicaments ont un intérêt puisqu'ils sont liés à une modification du seuil de vigilance permettant à l'enfant de se réveiller quand il sent le besoin de faire pipi, il faut rester vigilant à ce que le cycle veille-sommeil ne soit perturbé; parce que nous savons que dormir est un besoin physiologique dont la durée varie avec l'âge et les habitudes personnelles.

En effet, divers traitements ont été proposés, avec des succès variables. Les spécialistes emploient les antidépresseurs sédatifs de la série de l'imipramine, qui ont un effet inhibiteur sur les muscles lisses (et notamment sphinctérien). On ne doit pas le prescrire avant 6 ans (c'est-à-dire quand l'enfant n'a pas encore 6 ans).

Suivant les hypothèses pathogéniques, on préférera les médicaments allégeant le sommeil ou ceux jouant sur le tonus vésical.

- Le diazépam à faible dose est utilisé. Il agirait par un allégement du sommeil.
- Les antidépresseurs tricycliques dont l'imipramine déjà cité ou la clomipramine ont été largement utilisés. Leur efficacité est reconnue avec toutefois de nombreux échappements en fin de traitement.

Pour bien des auteurs, les tricycliques ont longtemps représenté la seule thérapeutique efficace de l'énurésie nocturne. Leur mode d'action est discuté. Ces médicaments auraient une intervention sur le sommeil en réduisant la durée du sommeil paradoxal au profit d'un sommeil lent léger dans les derniers cycles du sommeil puisqu'il est rare voire inexistant de faire pipi dans son lit pendant le sommeil lent.

2.2. Les thérapies psychologiques

De façon générale, ces thérapies mettent en jeu dans leurs techniques la persuasion, la suggestion, l'analyse, le soutien. Elles ont l'objectif de réhabiliter l'équilibre affectif voire la santé psychique des enfants infortunés ou des patients par des procédés essentiellement psychologiques.

Contrairement aux traitements biologiques, les thérapies psychologiques ou psychothérapies ne font pas intervenir les médicaments ou les autres substances biochimiques. Elles utilisent la parole, le geste, l'acte, l'attitude, la réaction, l'état affectif ou tout autre phénomène mental de stimulation.

Selon SILLAMY, N:

> ***« La psychothérapie est une application méthodique des techniques psychologiques déterminées pour rétablir l'équilibre psychique, affectif perturbé d'un individu »***[1]

---

[1] SILLAMY (N), Dictionnaire de Psychologie, Librairie Larousse,Paris, 1967,P.239.

PIERON H.est plus complet, puisqu'il a pu ajouter à la définition précédente d'autres éléments nouveaux. Il dit que:

> ***« La psychothérapie est un ensemble de techniques visant au traitement des maladies mentales par des procédés psychiques tels que les méthodes pédagogiques, persuasion., suggestion, psychanalyse, etc. On distingue la psychothérapie individuelle et la psychothérapie collective, cette dernière comprenant en outre les méthodes de rééducation sociale et les thérapeutiques par l'occupation et par le travail »***[1]

En effet, il existe plusieurs sortes de psychothérapies dont la psychothérapie individuelle, la psychothérapie de groupe suivant la nature du trouble et l'objectif préconisé; la psychothérapie comportementale, cathartique, de relaxation, etc. Toutes ces psychothérapies ont dans leur intersection: soulager, atténuer, corriger pour enfin guérir; c'est-à-dire que les méthodes employées doivent être adaptées aux cas individuels.

En d'autres termes, toutes ces méthodes psychothérapiques sont fondées sur la communication ou l'échange établi entre le thérapeute et le malade. Elles poursuivent des buts identiques notamment l'épanouissement de la personnalité et une meilleure intégration sociale du sujet.

Partant, la psychothérapie repose sur la confiance du malade dans le traitement et la personne du thérapeute sur le degré de compréhension réciproque qui s'établit entre eux. Le sujet peut exprimer ses problèmes librement sans crainte d'être mal jugé, libérer ses pulsions verbalement (verbalisation des conflits).

Dans le même ordre d'idées, le traitement de l'énurésie est variable suivant le contexte psychologique. Ainsi le traitement de l'énurésie primaire et des énurésies secondaires n'est pas identique.

Dans l'énurésie primaire où les facteurs psychologiques sont à l'arrière-plan, le traitement peut difficilement se concevoir avant l'âge de 5 - 6 ans: une certaine maturité est nécessaire et l'enfant doit être suffisamment motivé pour coopérer

---

[1] PIERON (H), Vocabulaire de Psychologie, Paris, P.U.F,6e éd. 1979. P.357.

efficacement. On peut avoir recours à différents moyens de bon sens, tels que la restriction des boissons le soir, c'est-à-dire ne pas boire après 18 heures; la miction au milieu de la nuit, c'est-à-dire réveiller l'enfant vers 23 ou 24 heures pour le faire uriner en prenant soin de le réveiller complètement; une gymnastique sphinctérienne qui consiste à faire pratiquer l'enfant une miction interrompue de façon habituelle; différents médicaments destinés à aider l'enfant conjointement aux mesures déjà énumérées. Ces mesures ont également l'intérêt de faire participer l'enfant à l'effort général et bienveillant de son entourage en vue de sa guérison. Dans les cas rebelles, la plupart des énurésies primaires méritent une deuxième voire une troisième tentative de traitement.

Contrairement aux énurésies primaires, les énurésies secondaires(qui ont presque toujours une origine psycho-affective et qui rappelons-le, surviennent chez des enfants ayant déjà acquis leur contrôle sphinctérien) résistent ordinairement aux méthodes de traitement. Elles nécessitent la mise au jour d'une cause psychologique, une action simultanée sur l'enfant et sur le milieu perturbateur familial ou scolaire. Cela veut dire qu'il faut chercher d'obtenir une disparition du symptôme, source de conflit secondaire maintenant l'enfant dans une attitude régressive. Cette psychothérapie n'est pas toujours facile ni la suppression de la cause toujours réalisable. Il est cependant toujours possible d'atténuer les effets du traumatisme psychologique grâce à un comportement parental plus chaleureux et plus compréhensif, ou à une meilleure orientation scolaire de l'enfant. Il faut des entretiens qui permettent d'aider l'enfant à abandonner ses attitudes régressives et de reprendre ses processus maturatifs, de l'aider à accepter l'idée de grandir et en avoir le désir.

Le psychodrame à deux, psychologue-enfant, qui permet une mobilisation affective rapide et intense est aussi conseillé. L'éloignement du milieu familial, la vie en collectivité sont des éléments qui sont probablement positifs. Les résultats sont malgré tout très controversés.

Il est aussi utile de faire recours à la tenue quotidienne par l'enfant d'un carnet où seront marqués les épisodes énurétiques, les troubles diurnes s'ils existent, et les éventuelles améliorations. Il n'est pas interdit de conseiller aux parents de dispenser quelques récompenses dès les premiers progrès.

Dans le même but de maintenir l'intérêt et la vigilance de l'intéressé, on lui conseille de ne pas se surcharger en boissons après 18 heures, de penser à vider sa vessie, au dernier moment avant l'endormissement.

Le lever nocturne est parfois proposé chez le sujet énurétique. Mais on a pu reprocher à cette méthode d'altérer la qualité du sommeil de l'enfant et de perturber le climat familial.

Il y a une autre méthode appliquée seulement en Europe pour les deux sortes d'énurésie (énurésie primaire et énurésie secondaire): les alarmes. C'est une méthode de conditionnement appelée aussi « pipi-stop » qui a pour but de modifier le comportement vésicosphinctérien pendant le sommeil. En effet, ce conditionnement consiste en ce qu'on utilise des appareils placés entre matelas et drap comportant un circuit électrique qui, en cas de miction, actionne une sonnerie. Ce circuit est interrompu par une couche de matière isolante qui se laisse imbiber ou pénétrer par l'urine dès le début de la miction. Le contact est alors mis et la sonnerie réveille l'enfant.

En définitive, il faut la recherche d'un meilleur équilibre affectif. On assaiera, ce qui est délicat, de faire appréhender aux parents le rôle qui est le leur dans la genèse de l'énurésie et celui qu'ils peuvent jouer dans son amélioration. Un bon moyen d'apprécier leur disponibilité est de les faire participer à la psychothérapie souvent nécessaire de l'enfant en leur demandant des « offrandes affectives » qui visent à établir avec l'un des parents des liens valorisants et sécurisants.

CHAP III. HISTORIQUE DU VILLAGE D'ENFANTS SOS

3.1. Villages d'Enfants SOS

Pour GMEINER, H.:

> ***« Le qualificatif « village d'enfants SOS » désigne aujourd'hui des institutions remplissant la mission d'aider et de secourir sur des plans très divers. C'est une entreprise visant à se substituer à la famille naturelle de l'orphelin ou de l'enfant abandonné, pour lui permettre de se préparer à mener une vie tout à fait normale dans la société qui sera la sienne »***[(1)]

3.2. Historique des Villages d'Enfants SOS[(2)]

GMEINER, H. est le fondateur des villages d'Enfants SOS. Il est né en 1919 au VARARLBERLBERG en Autriche. C'est très jeune qu'il perd déjà sa mère. Après la seconde guerre mondiale et après avoir été confronté à la misère de tant d'orphelins de guerre ainsi que d'enfants sans patrie, il décide de trouver le moyen d'aider ces enfants en détresse. C'est de sa conviction inébranlable selon laquelle aucun enfant ne peut être efficace s'il grandit privé de foyer que l'idée des Villages d'Enfants SOS est née. Cela a été mis en application la première fois avec la création du premier Village d'Enfants SOS près d'Imst petite ville du Tyrol en Autriche en 1949. Depuis lors, l'idée ainsi que le concept des Villages d'Enfants SOS ont été accueillis avec beaucoup d'enthousiasme dans le monde entier.

Qu'est-ce que SOS? Ça signifie « Save Our Souls ». c'est-à-dire « sauver nos âmes », « au secours ». Il s'agit là d'un signal de détresse reconnu

---

(1) GMEINER (H), Les Villages d'Enfants SOS. Instrument moderne pour l'éducation d'enfants abandonnés, 17e édition. Innsbruk, 1980,P.14.

(2) GMEINER (H), Op.Cit. P.5

internationalement que lancent sur les ondes les navires et les avions en détresse. C'est aussi le dernier cri des noyés, l'appel de tous les désepérés.Cet appel au secours, GMEINER, H. l'a entendu au fond de son coeur de jeune étudiant en médecine, en côtoyant dans l'Autriche de l'après-guerre 1939-1945 la misère des enfants abandonnés, sans famille. Beaucoup d'enfants et d'adolescents de tous âges ont été les victimes de l'effondrement matériel et moral aux dimensions d'une gigantesque tragédie jamais vécue jusque-là.

Dans les grandes cités bombardées; comme dans les centres d'accueil où se pressaient des millions de personnes déplacées, elles-mêmes livrées au désespoir, à l'embarras et au désarroi, tout ce qui concernait l'éducation des enfants paraissait définitivement compromis.

Parfois, on pouvait y trouver quelques types de personnalité moralement saine, droite et intègre, susceptibles de servir de modèle à des jeunes; plus souvent il arrivait de redécouvrir quelques notions de bien et de mal qui s'étaient transmises de génération en génération. La misère, l'indifférence était le lot quotidien. Un mauvais sort présidait aux destinés de ces jeunes déclassés. Tout leur avenir était sérieusement remis en question par ce renversement total de l'échelle des valeurs.

Ainsi, beaucoup de personnes notamment des psychologues, des criminologues et des responsables de l'action sociale, s'appuyant sur des données statistiques alarmantes, avertirent du danger tandis que le grand public lui même aux prises avec les pires difficultés assistait, impuissant et inquiet à la tournure fatale que prenaient les événements.

Des oeuvres à caractère philanthropique nationales et internationales tentèrent alors tous les moyens possibles pour sauver ces jeunes enfants et les adolescents vagabonds et déracinés du pire de tous les dangers. Comme les institutions existantes n'étaient pas en mesure de répondre à la demande d'une foule énorme de jeunes en détresse, il a fallu créer des centres d'accueil provisoires. C'est ainsi que diverses institutions virent le jour, elles sont connues sous le nom de Villages d'Enfants SOS et accomplirent avec un succès remarquable les tâches qu'elles

s'étaient assignées. Le village d'Enfants SOS ne pouvait pas d'abord agir sur une grande échelle. La jeune fondation manquait de tout pour pouvoir apporter une aide rapide et efficace. Il fallait commencer modestement.

Les expériences vécues à l'époque, en l'occurrence les difficultés, révélèrent que les plus vulnérables, les plus difficiles et les plus menacés parmi les jeunes étaient toujours ceux qui n'avaient pas eu le soutien d'une famille saine et ordonnée.

L'idée de Village d'Enfants SOS repose donc sur cette simple leçon tirée des faits. On en déduisit que les institutions destinées aux enfants sans parents seraient d'autant plus efficaces qu'elles se rapprocheraient de la structure familiale pour remplacer la famille que ces enfants ont perdue.

Le premier Village d'Enfants SOS fut donc construit en tenant compte de cette exigence de l'éducation sur le modèle familial d'une part et de l'assistance aux enfants orphelins et abandonnés d'autre part. C'est ainsi que fut créé un établissement dans le but de prendre en charge des enfants sans foyer non seulement en période de détresse, mais aussi en temps normal.

Le succès du premier Village fut une grande surprise. Il fallut l'agrandir au-delà des limites prévues. D'autres fondations suivirent et grâce au concours de nombreux amis et sympathisants, l'idée de Village d'Enfants SOS se répandit, elle réussit à s'implanter aussi bien en Europe que dans d'autres continents. L'idée d'éduquer et d'assister les enfants abandonnés en s'inspirant de la vie familiale a trouvé entre-temps des partisans et des défenseurs en dehors des Villages d'Enfants SOS. Enfin, l'idée de Village d'Enfants SOS de GMEINER, H.est fondée sur l'expérience que l'enfant a besoin de la famille pour grandir normalement.

3.3. Village d'Enfants SOS au Burundi.

Le premier Village du Burundi a été ouvert le 27 Avril 1979 à Gitega. Il est composé de dix maisons familiales. Chaque maison dispose d'un salon, d'une salle à manger, des lieux de séjour, de chambres à coucher, des douches, etc. Ajoutons que dans chaque maison, on trouve des enfants qui sont au

nombre variant de 10 à 12 considérés comme membres d'une même famille et placés sous l'autorité d'une mère de famille. Ces enfants sont d'âge et de sexe différents. Les frères et les soeurs de sang habitent en principe la même maison. Cette répartition d'enfants en « petites familles » formées d'enfants différents (par âge et par sexe) permet le développement d'une atmosphère affective presque familiale. Le Village dispose également d'un jardin où les enfants jouent, se divertissent d'une façon générale ainsi qu'un foyer des jeunes.

Le deuxième VESOS burundais aménagé à Bujumbura est né d'une convention passée entre le Gouvernement de la République du Burundi et SOS-KINDERDORF INTERNATIONAL en date du 5 mars 1981. Il a été mis en activité en Octobre 1985. Il comprend lui aussi dix maisons familiales et un jardin d'enfants. Chaque maison familiale abrite actuellement douze à treize enfants de différents âges. Le moins âgé a actuellement 1 année et quelques mois, mais il y en a qui sont arrivés à 2 mois, voire moins. Le plus âgé a environ 18 ans. Mais au foyer des jeunes qui abrite les jeunes filles, il y en a qui ont au-delà de 20 ans.
La plupart des enfants du Village fréquentent l'école primaire et un certain nombre d'autres sont à l'école maternelle. Il y en a très peu qui n'ont pas l'âge de fréquenter les jardins d'Enfants SOS. Parmi ceux-là qui étudient à l'école primaire, quelques uns nous semblent plus âgés que la moyenne générale des autres enfants qui fréquentent la même classe. Ce serait peut-être dû aux divers doublements traduisant une insuffisance intellectuelle ou de motivation ou alors révélateurs d'autres troubles psychologiques. On peut aussi trouver l'explication dans le fait que certains enfants arrivent aux VESOS à un âge avancé par rapport à l'âge scolarisable et commencent par conséquent tardivement l'école primaire.

Le troisième VESOS est récent, c'est celui de MUYINGA. Il a lancé ses activités en octobre 1993. Il a quinze maisons familiales qui abritent environ 12 enfants par maison, un jardin d'enfants. Les structures et l'organisation sont semblables à celles des autres VESOS du Burundi.

3.4. Les principes du Village d'Enfants SOS.

Le VESOS de Nyakabiga comprend comme les autres VESOS du Burundi dix maisons familiales dont chacune héberge 12 à 13 enfants comme nous l'avons déjà signalé. Au sein de ce Village se trouve également le Foyer de Jeunes Filles SOS (FOJESOS) tandis que celui des garçons se trouve ailleurs, plus précisément à Mutanga sud.

En effet, comme les autres VESOS du monde entier, le programme d'éducation met principalement l'accent sur le développement de l'enfant vers l'homme et son intégration dans la société. Ainsi l'enfant en détresse est accueilli dans un foyer de type familial qui lui offre la chaleur et la protection qu'il a perdues ou qu'il n'a jamais connues. Indépendamment des colorations culturelles qui varient d'un pays à l'autre, l'organisation du VESOS repose sur quatre principes:

- La mère SOS
- Les frères et soeurs ou la famille SOS
- la maison
- le Village.

1. La mère SOS

Une mère assume pour les enfants la responsabilité d'une maternité sociale. Ces enfants sont confiés à une mère qui devient alors leur personne de référence. Les femmes qui désirent être mères dans un Village d'Enfants SOS doivent être capables d'affection car les enfants qu'elles prennent en charge sont presque psychiquement ébranlés. Ils souffrent parfois d'un manque d'affection, souvent ils ont un complexe d'infériorité, un besoin exagéré de se faire valoir, de mauvais comportements sociaux comme le vol, mensonges, attitudes délinquentielles, mauvaises habitudes sexuelles, etc. Donc, élever ces enfants, c'est les aider, les guérir de ces maux.

Ainsi l'influence de la mère et l'intimité des liens qui l'attachent à l'enfant sont essentielles à la formation et à l'épanouissement de la personnalité enfantine. La mère est pratiquement irremplaçable. Tant que l'enfant ne se sentira pas aimé et protégé, il n'acceptera pas facilement les contraintes de l'éducation qu'on veut lui inculquer. Celles-ci ne feront que compliquer les choses et créer de nouveaux complexes. Eduquer un enfant suppose d'abord qu'on prenne part à sa vie, qu'on partage ses joies et ses peines.

Les mères des VESOS doivent être des femmes heureuses de vivre, équilibrées sur le plan moral et spirituel. Le regard de la mère, les efforts et sacrifices qu'elle consent pour sa famille, sa main caressante sur le front de l'enfant révèlent à celui-ci qu'il a trouvé un foyer, une communauté naturelle où il peut se ressaisir et vivre normalement. L'affection de la mère est d'autant plus indispensable quand il s'agit de procurer à l'enfant déraciné toutes les chances d'un bon départ dans la vie. La mère croit à l'avenir de son enfant, elle l'aide et le protège, avec tendresse, elle renoue les liens qui avaient été brisés entre lui et le monde. Aussi elle est en même temps le chef de famille et gère son ménage de façon autonome sur le plan économique.

2. La famille SOS

Dans la famille SOS, l'enfant découvre un véritable « chez soi ». Il n'est pas séparé de ses propres frères et soeurs. Une famille SOS comprend actuellement 12 à 13 enfants, garçons et filles de tous âges, qui mènent avec leur mère SOS une vie semblable à celle de la famille naturelle.

Dans toute famille, l'enfant vit avec ses frères et soeurs . Au Village aussi, l'enfant orphelin est élevé au sein d'une communauté fraternelle où chaque enfant doit aider son frère et le reconnaître comme son vrai frère de sang. L'aîné doit jouer son rôle d'aîné dans la famille, il arbitre les conflits entre les cadets ou entre les petits frères, doit aider sa mère quant à l'éducation des enfants jusque même à les punir en cas de besoin.

Donc, au Village l'idée de vivre en famille avec d'autres enfants considérés

comme des frères doit être intériorisé par tout enfant exactement comme dans toute famille naturelle.

3. La maison

Chaque famille du VESOS vit dans une maison familiale. De cette façon, les enfants acquièrent un sentiment d'appartenance. La maison représente pour l'enfant un nouveau chez-soi permanent. Les maisons de Villages d'Enfants SOS sont conçues et organisées de façon à ce qu'une famille nombreuse puisse s'y sentir à l'aise. Le point central social de la maison est le séjour - salle-à-manger, c'est là que se déroulent les activités principales de la vie familiale. La mère SOS a une chambre à elle, les enfants se partagent une pièce souvent à 4 ou plus. Cette maison est une adresse que l'enfant doit donner à ses camarades. L'enfant doit donc se sentir comme étant dans une maison naturelle avec toute sa connotation, comme dans une maison non pas des orphelins mais de ses parents avec ses frères et soeurs.

4. Le Village.

Un Village d'Enfants SOS comprend en règle générale de dix à vingt maisons familiales. Le nom de village d'Enfants désigne aujourd'hui des institutions remplissant une mission d'aide et d'assistance sur des plans très divers. Le Village me semble être une institution visant à se substituer à la famille naturelle de l'enfant orphelin ou abandonné pour l'aider à prendre le chemin de la vie normale.

Les VESOS veulent préserver ces enfants des dangereuses conséquences de leur état. Ils doivent protéger, aider et guérir. Ils ramènent l'enfant isolé dans son milieu naturel, la famille. Ce n'est qu'en grandissant dans une famille que l'enfant devient apte à la vie. Néanmoins, le VESOS n'est pas une panacée. Il ne remplace pas les établissements, spécialisés dans la prise en charge des enfants malades, handicapés ou inadaptés. Il est l'un parmi les nombreuses possibilités

qui s'offrent aux enfants sans parents et /ou abandonnés.

Cette structure du VESOS est une façon de faire comprendre à tout un chacun que ce Village constitue une famille avec un environnement tant physique qu'humain. C'est une grande famille capable de pourvoir aux enfants une éducation susceptible de compenser la carence affective dont ils ont été victimes avant d'arriver au Village. Cette structure doit être comprise non seulement par tout intervenant éducatif au sein du Village mais aussi par tout enfant orphelin vivant au Village.

3.5. Organisation des VESOS

SOS-KINDERDORF INTERNATIONAL est une oeuvre sociale privée, sans engagement politique ni religieux et constitue la fédération internationale de toutes les associations nationales. SOS-KINDERDORF a pour but d'offrir aux enfants abandonnés ou orphelins, indépendament de leur race, de leur nationalité ou de leur confession, une famille, un foyer durable et de les préparer sérieusement à mener plus tard une vie autonome.

Le concept psychologique et pédagogique clair et bien défini sur lequel est basée l'idée des Villages d'Enfants SOS favorise le développement naturel de la personnalité et des capacités de chaque enfant en particulier. Il offre:

- Amour, sécurité et continuité au sein de la famille SOS.
- Une formation approfondie dans les écoles locales, centres de formation.
- Des établissements plus divers pour activités extrascolaires, loisirs et hobbies. (1)

Dans les Villages d'Enfants SOS, le enfants grandissent dans un encadrement qui est considéré par les experts comme la meilleure alternative à une famille naturelle. Ils vivent avec leurs mères SOS et leurs frères et soeurs (12-13 enfants dans une maison familiale soit 6-7 garçons et filles ou filles et garçons

(1) SOS-KINDERDORF INTERNATIONAL, Faits et chiffres, 1994.

d'âges différents au VESOS de Bujumbura)

Un Village d'Enfants SOS est géré par un directeur de Village spécialement formé (ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas) en collaboration avec le personnel pédagogique auxiliaire. Il soutient et conseille les mères dans leur rôle qui consiste à veiller au bien-être émotionnel et éducatif des enfants qui leur sont confiés. Les enfants restent dans le Village jusqu'à ce qu'ils deviennent indépendants et capables d'assurer leur existence eux-mêmes.

Pendant leur apprentissage ou leurs études ils peuvent habiter dans les foyers pour jeunes SOS gérés par les VESOS.

Les responsables de construction des VESOS dans les différents pays sont les Associations des VESOS respectives. Celles-ci ont pour mission de construire, d'entretenir et d'administrer les VESOS et de se procurer les moyens pour le faire. A la tête de chaque association se trouve un comité dont tous les membres sont à titre honorifique. Ils sont chargés de surveiller l'origine des fonds, la gestion de ceux-ci et la bonne marche des Villages.

Les comités supervisent également certaines commissions spécialisées (finances, construction, villages, etc.)

Il existe des associations « d'amis des VESOS » qui, conformément à leur statut, subventionnent la construction et l'entretien des Villages dans les pays qui en font la demande. L'ensemble des associations est groupé dans l'association « Village d'Enfants SOS International » qui coordonne le travail dans les différents pays, suggère de nouvelles fondations et assiste les associations nationales de ses conseils. Elle se charge aussi de la formation de collaborateurs pour les envoyer dans les pays en voie de développement en vue d'y construire de nouveaux Villages. SOS-KINDERDORF INTERNATIONAL dispose d'un système de contrôle rigoureux et de mesures de précaution rigoureuses visant à éviter tout gaspillage ou toute perte d'argent.

CHAP IV. L'ENTRAINEMENT A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE

L'âge de la propreté sphinctérienne n'est pas précis d'après les propos des mères / tantes SOS. Le contrôle sphinctérien dépend de la maturation du système nerveux et se situe aux environs de 2-3 ans ou 3-4 ans. Il existe une composante familiale: certains enfants sont plus précoces ou plus lents que d'autres dans l'apprentissage de la propreté comme ils le sont pour s'asseoir, marcher, parler ou observer. Ce retard d'acquisition de la propreté se retrouve habituellement chez d'autres membres de la famille sans qu'on puisse l'expliquer par un facteur génétique plutôt que par l'environnement.

Les mères signalent que les habitudes de propreté sphinctérienne sont habituellement données avec douceur, progressivement et sans insistance. On ne pousse pas l'enfant à atteindre un idéal qui va au-delà de ce que permet sa maturation. Il se conforme progressivement aux normes de la société en mimant ses aînés et les adultes en général.

Aussi, les urines ou matières fécales des touts jeunes enfants ont pas un caractère répugnant pour les mères SOS. C'est peut-être ce qui explique pourquoi l'éducation à la propreté sphinctérienne n'est pas rigide mais se fait d'une manière progressive et réaliste. Ce qui explique l'inutilité et le caractère inutilement contraignant des tentatives d'éducation sphinctérienne précoce des parents obsédés par la propreté.

Ainsi certaines mères/tantes SOS arrivent à tenir propres (ce qu'il ne faut pas confondre avec rendre propres) des enfants d'un an au moins, grâce à une constante vigilance, en les mettant sur le pot au moment où, ils ont plus de chance de faire leurs besoins, c'est-à-dire après le repas ou après le sommeil. Elles les tiennent alors dès les premiers mois sur les chevilles en position d'élimination chaque fois qu'ils se réveillent. La mère cherche de cette façon une certaine

régularité dans ses fonctions éliminatoires et cela lui évite de salir ses habits et plus tard son lit.

Mais être à l'affût pour recueillir les déchets au moment opportun ne signifie pas que l'enfant soit encore capable de se contrôler et nous ne saurions suffisamment insister sur le caractère illusoire d'une éducation sphinctérienne prématurée et sur ses inconvénients psychologiques secondaires. Il faut donc éviter un apprentissage précoce de la propreté, pas avant l'âge de la maturation.

A titre d'illustration, nous citons un témoignage d'une mère de cinq enfants dont l'aîné avait dix ans et la dernière vingt-cinq mois. En fait le problème est celui de l'apprentissage de la propreté par les enfants. Cette mère a profité de ses cinq enfants pour faire cinq expériences différentes; c'est-à-dire pour le premier enfant, elle lui a présenté très souvent le pot, l'a grondé quand il salissait ses couches ou refusait d'aller sur le pot. Pour le deuxième, la même chose, etc. Ainsi tout le monde se poserait la question de savoir le résultat, ce qui est mentionné dans cette citation.

> ***« Je suis mère de cinq enfants, que j'ai eus assez rapprochés, l'aîné ayant dix ans et le dernier vingt-Cinq mois. Entre mes deux premiers enfants, il y avait juste un an d'écart. Comme beaucoup de mères, j'avais hâte de voir mon premier garçon propre, surtout que sa petite soeur le suivait de près. Aussi me suis-je acharnée à lui présenter le pot le plus souvent possible, parfois toutes les heures, le grondant lorsqu'il n'y avait pas de résultat, le grondant aussi parce qu'il salissait ses couches. Après un an d'efforts, il était devenu propre; à deux ans pile, le jour, et, à deux ans et demi, la nuit. Donc, pas de quoi être glorieux, dit-elle. Voilà donc pour le premier enfant. Ensuite, elle a interverti un peu le système. Elle a présenté le pot, mais sans gronder, ou elle a grondé sans présenter le pot, etc. Jusqu'au dernier, enfin, le cinquième, pour qui liberté totale: elle ne lui a jamais présenté le pot. Sa conclusion est la suivante: tous ses***

enfants ont été propres le jour à deux ans, et la nuit, à deux ans et demi. »[1]

L'enfant apprend normalement à contrôler sa vessie en partie par imitation et en partie par l'éducation. Celle-ci consiste surtout à l'aider lorsque son développement le permet: si sa mère ne lui donne pas l'occasion d'uriner la première fois qu'il annonce son envie, il sera retardé dans son apprentissage.
L'éducation sphinctérienne ne doit pas s'exercer aussi trop tôt et, en tout cas, pas avant que la motricité ne soit complètement acquise, afin que l'enfant n'ait pas le sentiment qu'on abuse de son état d'impuissance. De toute façon, il faut éviter des attitudes obsessionnelles qui consistent à vouloir obtenir la propreté à un âge donné, suivant un mode donné, avec des selles à heures fixes et, ce au besoin, à l'aide de manoeuvres coercitives. Ces manoeuvres sont néfastes en elles-mêmes mais on ne peut ignorer qu'elles sont vécues dans « une relation réciproque mère-enfant où la motricité et sa maîtrise imparfaite, des stimuli contradictoires (besoin d'évacuer, suivi du désir de retenir) sont étroitement impliqués.

D'autres aspects de l'éducation peuvent être évoqués surtout quand les parents utilisent fréquemment des expressions empruntées au vécu anal « c'est caca » pour exprimer leur réprobation devant certains actes et certains choix de l'enfant. En fait, il semble qu'à cet âge cette expression n'a dans l'esprit de l'enfant aucun rapport avec l'objet fécal. Donc l'éducation s'emploie avec énergie particulière à hâter la venue du stade suivant où les excréments perdent leur valeur, deviennent objet de dégoût et de répugnance et doivent être répudiés.

L'entraînement à la propreté sphinctérienne dépend aussi des attitudes qu'on adopte vis-à-vis des urines ou matières fécales.

A titre illustratif, si on n'empêche pas l'enfant qui est en train de jouer avec les matières fécales, il peut en prendre l'habitude et il n'aura pas de caractère répugnant envers ces pipi ou caca, ce qui sera difficile de lui inculquer l'esprit de

---

[1] DOLTO (F), Losque l'enfant paraît, Ed. Du seuil, Paris, 1977, P.43

propreté.

Néanmoins, ces attitudes varient selon les sociétés et les milieux socioculturels. M. Leblanc cité par P.ERNY stipule qu'au Katanga:

« Les mères emportent toujours avec elles un petit sac avec le nécessaire pour changer l'enfant qui se salit ».[1]

Selon L.V Thomas cité encore par ERNY.P

« Les diola imposent la propreté à partir du quinzième mois sous peine de punition et de raillerie »[2]

Chez les Oumboudou de l'Angola, Childs, cité également par ERNY, fait signaler que:

« L'entraînement à la propreté commence très tôt car la mère ressent le moindre mouvement musculaire que fait l'enfant dans son dos de sorte qu'elle sache à quel moment il faut le descendre, il s'habitue ainsi très précocement à une certaine régularité ».[3]

Chez nous, au Burundi et selon N.NDIMURUKUNDO,

« l'enfant sans couche ni culotte demanderait à s'éloigner pour faire « pipi » ou « caca » par terre après la deuxième année et serait propre la nuit vers la quatrième année ».[4]

Nous constatons ainsi qu'au Burundi l'entraînement à la propreté sphinctérienne s'apprend progressivement tandis qu'ailleurs le rythme peut être changé.

---

[1] ERNY (P), Les premières pas de la vie de l'enfant en Afrique noire, naissance et première enfance.Elément pour une ethnologie de l'éducation. L'Ecole, Paris, P.U.F, 1968,P.181

[2] ERNY (P), Op. Cit, P.182

[3] ERNY (P), Ibidem

[4] NDIMURUKUNDO (N). Territoire d'évolution et developpement psychologique du Jeune enfant Murundi, 3 à 7 ans, Mémoire, Caen, 1974. P.150

Quelles seraient les conséquences psychologiques et relationnelles de l'entraînement à la propreté sphinctérienne?

L'éducation à la propreté sphinctérienne a été mise en rapport avec le développement de la personnalité de l'individu et aurait également des conséquences sur la relation mère-enfant. Freud et ses collaborateurs ont mis l'accent sur cet aspect du développement moteur qui semble lié en profondeur au développement affectif. Ces psychanalystes font également remarquer que le danger des mères qui, dans le souci de donner de bonnes habitudes à leurs bébés, essayent très tôt de les tenir sur le pot alors qu'il semble bien qu'avant un an, le développement neuro-musculaire d'un bébé soit tout à fait immature pour lui permettre de contrôler ses évacuations.

Ce n'est que vers un an que l'intérêt de l'enfant s'oriente vers ses nouvelles possibilités de rétention et d'expulsion des selles et/ou des urines. Mais pour certaines mères qui attachent une importance très grande à la propreté, elle donne souvent lieu à une véritable épreuve de force entre l'enfant qui ne veut pas renoncer à son plaisir et la mère qui veut le contrôler.

Selon toujours les psychanalystes, l'enfant désire avoir le contrôle de ses éliminations comme il désire contrôler toutes choses, mais il cherche à se dérober à la volonté et au contrôle de sa mère. Or il arrive que celle-ci ne lui en laisse pas toujours la possibilité et apprécie rarement ses initiatives en ce domaine. Elle exige qu'il aille par exemple sur le pot alors qu'il n'en a pas envie et qu'il éprouve au contraire du plaisir à se retenir. L'évacuation est source de grand plaisir pour l'enfant. En effet, retenir et expulser les urines ou les matières fécales s'accompagnent de sensations locales plaisantes.

De surcroît, les produits éliminés sont pour l'enfant source d'intérêt et de curiosité. Ainsi, le fait de pouvoir produire ou retenir est une autre source de satisfaction pour l'enfant. Il peut y avoir alors chez ce dernier l'apparition simultanée de deux sentiments opposés à propos de la fonction sphinctérienne. Partant, aimant toujours le plaisir qu'elle lui procure mais craignant d'être

contrarié dans ses désirs de sa mère, il finit par éprouver le fait d'être propre comme une volonté de sa mère qui s'oppose à son plaisir. Alors il tend à lui résister, il peut par exemple chercher à se retenir quand elle l'oblige à aller faire ses besoins.

Avec l'entraînement anticipé à la propreté sphinctérienne l'enfant risque d'avoir des tensions nuisibles à ses relations avec sa mère (relation qui doit être bonne, signe de cohésion, d'amour et d'affection entre la mère et l'enfant) et le développement harmonieux de sa personnalité peut être perturbé. A cet âge où l'enfant craint de s'éloigner de sa mère, un renoncement à ce qu'il joue au niveau du contrôle sphinctérien apparaît comme le seul moyen de s'assurer de son amour. C'est pour cela que certains psychanalystes disent que la selle proprement déposée dans le pot est le premier cadeau de l'enfant à sa mère. Cela veut dire que les attitudes de la mère envers l'éducation sphinctérienne exercent une influence sur les relations dyadiques mère-enfant et surtout sur le développement de la personnalité de l'enfant. Il est donc inutile voire dangereux d'exiger de la part de l'enfant un idéal qu'il n'est pas encore capable d'atteindre. Pour que l'enfant soit propre, il faut qu'il ait atteint un stade de maturation nerveuse qui rend possible le contrôle sphinctérien. Il faut qu'il ait atteint un degré de développement qui lui permette d'être conscient de son acte et puisse manifester ses besoins par des grognements ou des appels et se retenir jusqu'à la mise, par exemple, sur le pot.

Nous pensons qu'ici chez nous, les mères ne forcent pas avant le moment voulu le contrôle de la propreté sphinctérienne de leurs enfants. Ces derniers arrivent naturellement au contrôle sphinctérien par le jeu de la maturation organique. Tous les psychologues sont d'avis que le climat affectif qui entoure l'éducation sphinctérienne doit être un climat naturel et détendu et que la nervosité de l'entourage, son impatience maladroite ou son attente anxieuse pourraient inhiber l'enfant ou déclencher des refus opiniâtres ou d'autres caprices. C'est ainsi que Irène Lézine explique que:

« L'enfant perturbé émotionnellement peut recommencer à se salir et à se mouiller soit pour prolonger ou ressusciter les impressions de sa première enfance soit pour s'opposer aux disciplines de la vie familiale ».[1]

Nous avons constaté aussi que le contrôle sphinctérien demandé à l'enfant du VESOS de Bujumbura n'est pas rigide. Les fonctions d'excrétion ne sont pas régies par un schème temporel précis.

Il ne semble pas, d'une façon générale, que l'on tente d'obtenir le contrôle des activités excrétoires avant le moment où cela devient facile à l'enfant. Celui-ci arrive progressivement à réaliser par expérience les lieux où ces fonctions doivent s'exercer et quand il peut trottiner, il est encouragé à s'y rendre.

Enfin, il s'agit d'un apprentissage de la propreté sphinctérienne qui ignore l'usage de la contrainte à ce stade d'évolution, qui s'accomplit sans sévérité et qui s'intègre ainsi dans le schème global d'une éducation indulgente et non coercitive. Toutefois, cet apprentissage est relativement plus précoce dans certaines maisons familiales du VESOS que dans d'autres et certaines mères ne cherchent pas convenablement à créer de bonnes habitudes en matière d'éducation sphinctérienne au cours des premières années alors que cette éducation est reconnue comme étant chargée de signification pour l'évolution de la personnalité.

---

[1] LEZINE (I), Influence du milieu sur le jeune enfant in Milieu et développement, Paris, P.U.F, 1972,P.84.

II ème Partie: CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES.

CHAP 5. PRESENTATION ET DESCRIPTION DU TERRAIN D'ENQUETE

5.1. Présentation du terrain d'enquête.

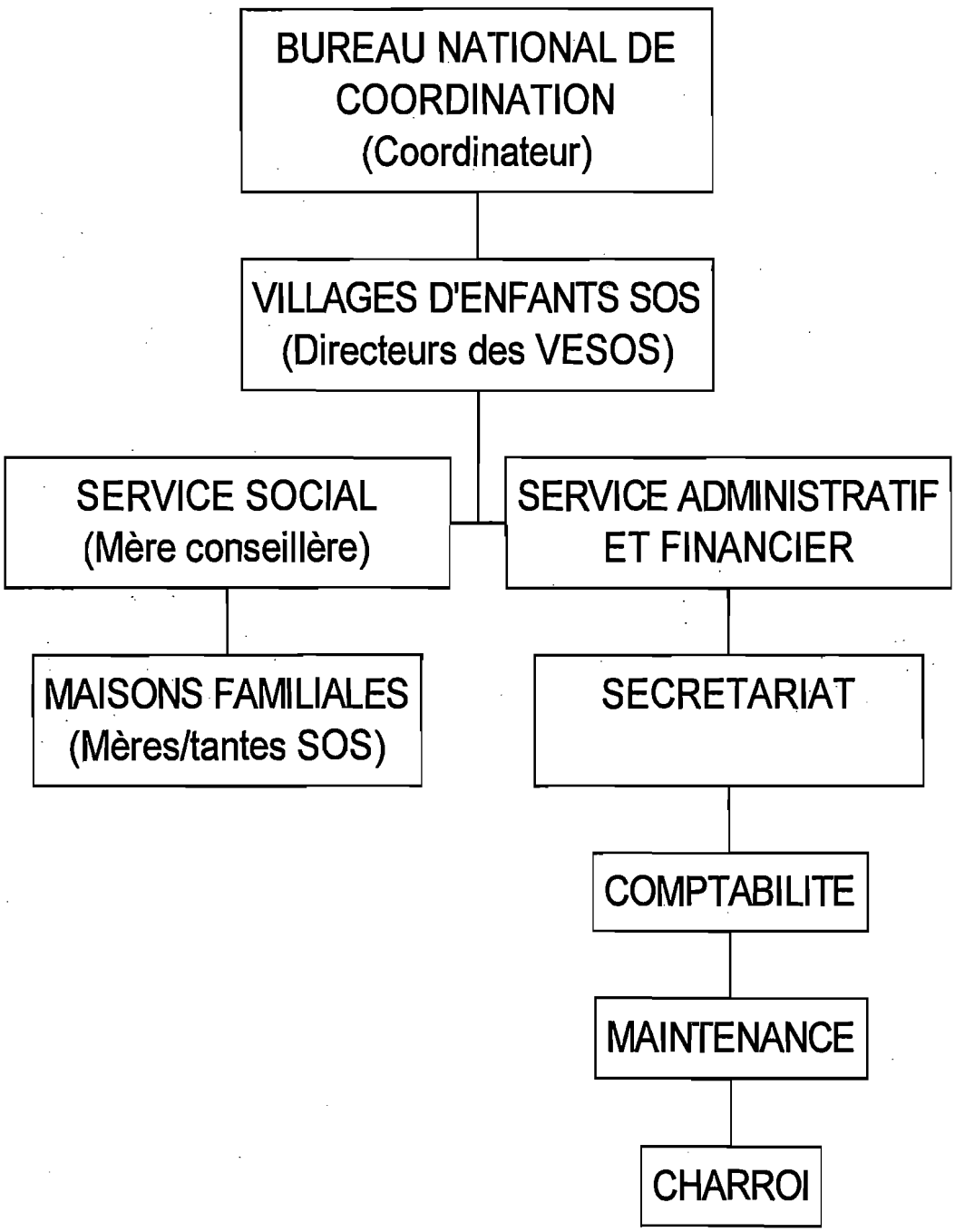
Le VESOS de Bujumbura est situé en pleine ville de Bujumbura dans le quartier Nyakabiga. Il comprend dix maisons familiales dont chacune abrite au moins douze à treize enfants. Au sein de ce Village se trouve également le foyer des Jeunes Filles SOS (FOJESOS) tandis que celui des jeunes garçons se trouve ailleurs, plus précisément à Mutanga sud. L'inauguration de ce Village a eu lieu en 1985 et a donc déjà treize ans d'existence. Les aînés du Village qui ont suivi régulièrement le cursus normal de formation sont actuellement à l'Université du Burundi en première année.

Dès l'entrée en jeu, nous nous sommes petit à petit habitué au climat et à l'ambiance du Village. Le service familial est accueillant, apparemment expérimenté et semble disposé à collaborer. Les enfants sont également coopératifs, polis et leur abord n'est pas compliqué, hormis quelques uns qui gardent distance puisqu'il n'y a pas de règle sans exception. Les mères SOS sont âgées, semblent habituées aux visiteurs et s'entretiennent avec nous sans faux-fuyants.

5.2. Description du terrain d'enquête.

Notre terrain d'enquête est le VESOS de Bujumbura comme nous l'avons déjà évoqué. Ainsi pour bien esquisser le fonctionnement de cette institution, il est utile de décrire son organigramme et présenter brièvement les fonctions de quelques uns de son personnel.

ORGANIGRAMME DES VESOS DU BURUNDI.



5.3. La tâche du Directeur, de la Mère conseillère et des Mères/Tantes SOS

Nous avons opté pour ceux-là de par leurs tâches aussi fondamentales qu'ils ont à accomplir au Village d'Enfants SOS.

En effet, la place du Directeur au VESOS a été définie en conséquence. Il se trouve à la tête de la communauté du Village. Il est là pour maintenir l'unité des membres du Village et leur permettre d'atteindre l'objectif fixé. De préférence, le Directeur devrait être psychologue formé pour prendre en main l'éducation des enfants et comprendre leurs troubles en cas de nécessité.

De surcroît, représentant de l'autorité paternelle dans le Village et précieux auxiliaire des familles avec lesquelles il est en contact permanent, le Directeur est là aussi pour mettre en pratique un savoir pédagogique éprouvé.

L'attribution des fonctions paternelles au Directeur du Village font peser sur lui des responsabilité considérables. Il ne peut pas se contenter d'être un simple administrateur pas plus que la mère ne peut se contenter d'être une simple employée dans une maison d'enfants. En tant qu'employé du VESOS, il se doit d'être entièrement disponible pour exercer la double fonction du père et d'éducateur.

Néanmoins, sachant que le père incarne l'autorité, l'ordre, le respect, le représentant de la norme et contribue au développement du « Surmoi », force nous a été de constater que, s'il est le seul papa pour dix maisons abritant plus de cent vingt enfants, son rôle risque de ne pas être bien assumé. On risque de se demander si le complexe d'oedipe est bien liquidé chez les enfants qui arrivent au Village avant l'âge de trois ans. Est-ce que les désirs fantasmés de tout enfant, de posséder un parent de sexe opposé sont-ils accomplis et liquidés? L'absence d'un couple parental dans la maison familiale n'aurait-elle pas d'incidence sur le développement psychologique de l'enfant?

Toutes ces questions pourraient obtenir des réponses si on y mène un travail bien approfondi.

Concernant la Mère conseillère, elle entretient des relations avec des familles d'origine des enfants et les partenaires de l'éducation (écoles, parrains, etc.) Elle prépare la réinsertion sociale des enfants, supervise la correspondance avec les parrains, effectue des enquêtes sociales, contribue à la réussite des objectifs, évalue les mères/tantes SOS. Aussi, elle organise le travail des mères/tantes SOS et contribue à l'éducation des enfants.

A propos de la mère SOS, elle assume pour les enfants la responsabilité d'une maternité sociale. Ces enfants sont confiés à une mère qui devient alors leur personne de référence. Ainsi, l'influence de la mère et l'intimité des liens qui l'attachent à l'enfant sont essentielles à la formation et à l'épanouissement de la personnalité enfantine. La mère est pratiquement irremplaçable. Tant que l'enfant ne se sentira pas aimé et protégé, il n'acceptera pas facilement les contraintes de l'éducation qu'on veut lui inculquer. Celles-ci ne feront que compliquer les choses et créer de nouveaux complexes. Eduquer un enfant suppose d'abord qu'on prenne part à sa vie, qu'on partage ses joies et ses peines. L'affection de la mère est d'autant plus indispensable quand il s'agit de procurer à l'enfant déraciné toutes les chances d'un bon départ dans la vie.

La mère croit à l'avenir de son enfant, elle l'aide et le protège avec tendresse, elle renoue les liens qui avaient été brisés entre lui et le monde.

De plus, les mères des VESOS sont des femmes qui, leur vie durant, se dévouent au service des enfants qui leur sont confiés. Elles sont des mères sans liens biologiques mais des mères de substitution.

C'est pourquoi, on ne choisit pas n'importe qui, elles doivent remplir les critères déjà évoqués. Une « mère SOS » est quelqu'une qui n'a pas d'autres engagements familiaux, qui accepte de travailler jour et nuit comme toute

mère dans sa maison. Elle donne non pas le sein mais la chaleur humaine et maternelle. Enfin, la mère dans le Village est une mère comme toute autre mère dans les familles naturelles. Elle joue un rôle primordial dans le développement équilibré des orphelins.

CHAP. 6. PROBLEMATIQUE, OBJECTIF ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

6.1. Problématique.

La mort ou l'absence des parents, surtout la mère au cours de la prime enfance laisse l'enfant dans la grande dépression s'il ne trouve pas un substitut maternel valable. C'est cet état d'angoisse et de désespoir de l'enfant qui lui entraîne à la perturbation des comportements sociaux ultérieurs. Mise à part cette absence de parents, des situations de conflit et de guerre ou des maladies comme le SIDA n'ont cessé d'emporter des vies humaines surtout les mères, laissant des orphelins innombrables. Ainsi pour secourir ces orphelins, des institutions de bienfaisance ont été créées à travers le monde, se fixant comme objectif principal de se substituer à la famille au bénéfice de ces enfants qu'elles prennent en charge par voie d'adoption. Ces institutions à caractère philanthropique dont le VESOS de Bujumbura constituent un véritable cadre familial pour ces orphelins.

Le VESOS de Bujumbura assure donc un certain nombre de fonctions en rapport avec la protection, les soins, la nourriture, l'hygiène, etc. A côté de ces prestations, le village assure également l'éducation des enfants.

En accueillant au Village les enfants privés de famille, il s'engage sur un long chemin, celui d'assurer le développement harmonieux des enfants sur tous les plans et leur offrir un climat favorable de s'épanouir.

Ainsi, pour arriver à ses objectifs, le Village d'Enfants SOS (VESOS) recrute des mères qui assument le rôle de substitut maternel et veillent sur l'éducation des enfants. Leur tâche est primordiale dans la mesure où elles doivent dispenser une affection suffisante pour éviter qu'il y ait un déséquilibre sur le plan psychoaffectif. En effet, lorsque les soins maternels ne sont pas suffisamment bons, la maturation du moi de l'enfant ne peut s'effectuer ou

peut être déformée dans certains aspects d'une importance vitale.

Toutes les carences qui peuvent engendrer une angoisse d'une grande ampleur produisent chez le nourrisson une réaction qui entaille son continuum de vie.

Le problème qui se pose, est de vérifier si les enfants du VESOS qui éprouvent quelques troubles du comportement notamment l'énurésie ont connu des perturbations ou autres types de désordre, avant leur arrivée au Village ou s'ils ont été privés des liens affectifs insuffisants. Est-ce que les mères SOS leur servent de substituts maternels valables?

Comme le stipule C.CHILAND:

> ***« ...Mais nous savons que l'enfant ne peut pas survivre sans les soins maternels et nous savons aussi que si ces soins maternels sont donnés par la mère, ils le sont d'une manière tout à fait différente de celle d'une autre femme »***[1]

Il ajoute:

> ***« Il est évident que le nourrisson est pour la mère l'objet d'un investissement tout particulier; et tout ce que la mère vit, toute sa vie fantasmatique interviennent dans la manière dont elle considère son enfant, dont elle le manipule, et dont elle le soigne ».***[2]

Partant, l'univers de l'enfant se réduit dans le jeune âge au cercle familial, cellule fondamentale, creuset de la vie affective et culturelle. Peut-on alors considérer l'énurésie comme une revendication et/ou une protestation?

Plus simplement encore, peut-on avancer que l'inconduite sphinctérienne, en général, est une régression sous l'effet d'un traumatisme psychique?

En effet, il importe d'apporter des éclaircissements à propos de l'énurésie et suggérer quand elle dépasse les limites de la normalité ou quand elle devient

---

[1] DUYCKAERTS (F), L'objet d'attachement in Milieu et développement, P.U.F, Paris, 1972, P.247.

[2] DUYCKAERTS (F), Op. Cit. P.247.

problématique. Ainsi, l'incontinence d'urine ou des matières fécales peut se produire au cours des maladies neurologiques telles que paralysies ou états comateux. On peut aussi être incontinent du fait de malformation des organes génito-urinaires ou de l'anus. Ces incontinences qui ont pour cause une maladie organique bien précise sont exclues par définition du domaine qui nous préoccupe.

L'énurésie est une inconduite plus ou moins involontaire sans origine organique précise et où interviennent plus ou moins des causes psychologiques. Ainsi, avant de parler d'énurésie (ou encoprésie), un examen médical est par conséquent nécessaire pour écarter une cause organique. On ne peut non plus parler d'énurésie avant l'âge où la plupart des enfants deviennent physiologiquement capables de se contrôler. Le contrôle sphinctérien dépend de la maturation du système nerveux et se situe chez la plupart entre un an six mois et quatre ans.

Au-delà de quatre ans, la plupart des enfants sont devenus propres et capables de se contrôler volontairement le jour. Le contrôle nocturne de la vessie ne s'acquiert parfois qu'un peu plus tardivement entre la troisième et la cinquième année. C'est pourquoi on ne peut parler d'énurésie nocturne avant quatre à cinq ans. Ici on ne peut pas être précis parce que la maturation des différentes parties du système nerveux se réalise avec des vitesses différentes d'un individu à l'autre. Par ailleurs le conditionnement éducatif sur la question du contrôle sphinctérien varie d'une famille à l'autre. Cela explique que l'on ne puisse donner d'âge fixe, mais un écart plus ou moins large existe pour l'acquisition du contrôle sphinctérien comme pour toutes les autres activités dépendant du système nerveux, telles que la marche, la parole, etc.

Nous savons aussi que l'enfant énurétique peut très bien surveiller sa vessie pendant la journée. Le problème qui se pose encore est de savoir pourquoi il ne peut pas la surveiller pendant la nuit. Partant de ces constatations sur l'énurésie, nous voudrions essayer de chercher la part de la vérité; savoir aussi

pourquoi chaque maison familiale du Village d'Enfants SOS de Bujumbura a au moins un énurétique. Pour ce faire, nous nous sommes posé pas mal de questions auxquelles nous essayerons d'apporter de réponses au cours de notre travail.

6.2. Objectif de la recherche.

L'objectif primordial de notre recherche est de rechercher la genèse des troubles sphinctériens chez les enfants récuperés dans les Centres d'Enfants non Accompagnés. Et nous avons considéré, pour notre enquête le cas du VESOS Nyakabiga.

6.3. Hypothèses de recherche.

- La perte de l'objet d'amour (parents ou autre objet préféré) chez le nourrisson peut être l'un des facteurs qui seraient à l'origine des troubles sphinctériens.
- L'inconduite sphinctérienne acquise (ou qui survient après un intervalle libre plus au moins prolongé durant lequel l'enfant ne mouillait pas son lit) peut être une régression sous l'effet d'un traumatisme psychique ou de frustration.
- L'hérédité (ou les facteurs génétiques et familiaux) est probablement l'un des facteurs déterminants de l'inconduite sphinctérienne.

CHAP 7. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.

7.1. La pré-enquête.

En deuxième licence, département de psychologie clinique et sociale, un stage ordinaire d'environ un mois et demi a été effectué au VESOS de Bujumbura. Le but de ce stage était de compléter la partie théorique que nous avions faite durant toute la formation d'une part; observer, essayer de comprendre, d'interpréter les phénomènes et la dynamique relationnelle entre les partenaires de l'institution en mettant un accent particulier sur les enfants énurétiques d'autre part.

En effet, au cours dudit stage, nous avons eu l'occasion de faire l'analyse du système d'encadrement d'enfants dans les VESOS, plus particulièrement le VESOS de Bujumbura tout en privilégiant l'approche psychosociologique. Ainsi nous avons pu analyser l'encadrement, la qualité des liens affectifs qui existent entre les substituts parentaux et les enfants ainsi que leur impact sur le développement psycho-affectif et intellectuel.
Combinant les observations faites à ces occasions et la motivation personnelle concernant la recherche des causes qui sont à l'origine des troubles sphinctériens et la thérapeutique, cette période de stage nous a servi de pré-enquête afin que nous puissions bien orienter la recherche essentiellement en ce qui concerne ses objectifs et ses méthodes d'investigation.

En effet, la réalisation d'une pré-enquête est importante quand on fait une recherche en sciences sociales. Elle permet au chercheur de se familiariser avec le terrain d'enquête et d'améliorer son guide d'entretien. En d'autres termes, cette pré-enquête a été une phase préliminaire organisée de façon à nous certifier si l'instrument de recherche choisi permettait de récolter des informations plausibles.

Selon BOUDON la pré-enquête est:

> ***« Une reconnaissance du terrain en essayant de se débarrasser des idées préconçues, ou comme le disait BACON, de ses prénotions, de manière à faire apparaître des facteurs ou des variables explicatives qu'il cherche »***[1]

De plus, au cours de cette pré-enquête, nous avons distribué des fiches d'observation sur lesquelles on met un signe ou une croix dans une case correspondante quand un enfant a fait « pipi » dans son lit. Ces fiches ont été distribuées à tous les enfants du VESOS Nyakabiga qui font « pipi » la nuit dans leurs lits et qui ont plus de huit ans.

Après le dépouillement, nous avons constaté que certains enfants n'ont pas été francs. Parmi ceux qui le faisaient tous les jours il y a ceux qui marquent sur la fiche deux ou trois fois la semaine seulement. Raison pour laquelle nous avons été obligé de changer le système en distribuant les fiches d'observation aux mères/tantes SOS qui vérifiaient tous les jours, le matin, si l'enfant a fait « pipi » dans son lit ou non avant de compléter la fiche.

En conclusion, la pré-enquête nous a servi de pré-test pour évaluer notre guide d'entretien, quant à sa pertinence pour la récolte des informations fiables. Les fiches d'observations que nous avons lancées au cours de la pré-enquête nous ont permis de nous rendre compte de la fréquence de l'incontinence d'urine nocturne et déterminer les enfants qui méritent une attention particulière afin qu'on puisse chercher les causes pour enfin les aider.

---

[1]BOUDON (R), Les méthodes en sociologie, Paris, P.U.F, 1979, P.33

7.2. L'échantillonnage.

Concernant l'enquête proprement dite, nous avons pris une fraction représentative de la population d'enquête (les enfants énurétiques). Ainsi, ne pouvant pas l'effectuer sur tous les enfants qui éprouvent cette difficulté et répondre en même temps à notre souci de faire une étude qualitative, nous avons constitué un échantillon. Selon G. DE LANDSHEERE, échantillonner,

> ***« C'est choisir un nombre limité d'individus, d'objets dont l'observation permet de tirer les conclusions (inférences) applicables à la population entière (univers) à l'intérieur de laquelle le choix a été fait ».***[1]

Dans le choix concernant l'échantillonnage de notre étude, nous avons procédé par la méthode de l'échantillon accidentel dans la mesure où au cours de la pré-enquête, nous avions prélevé plus de dix enfants qui méritent une étude approfondie. Mais comme nous n'avions pas de moyens financiers exigés pour faire examiner tous ces enfants afin d'éliminer les troubles sphinctériens d'étiologie organique, nous avons pris accidentellement cinq enfants énurétiques.

D'après C.SELLTIZ & al,

> ***« Pour constituer un échantillon accidentel, on ne fait tout simplement que prendre les cas qui se présentent jusqu'à ce que l'échantillon ait atteint la dimension prévue ».***[2]

En fait, nous avons effectué ce choix comme méthode de sélectionner notre échantillon en fonction de la nature du problème à l'étude et compte tenu des exigences que le terrain de travail nous a imposé. Ainsi, les enfants sont à l'école la journée jusqu'à treize heures passées et quelques fois les après-midi pour les devoirs ou rattrapages. Nous étions obligé de nous présenter au cours

---

[1]DE LANDSHEERE (G), Introduction de la recherche en éducation, Paris, Colin-Bourrelier, 1982, P. 389

[2]SELLTIZ (C), & al, Les méthodes de recherches en sciences sociales, Montréal, Ed. H.R.W 1977, P.606

des heures de repos et aux heures relativement moins surchargées comme le soir. Mais leur disponibilité n'était pas non plus toujours garantie parce qu'ils avaient souvent à préparer des devoirs et interrogations. Ceci pour dire que nous nous rencontrions dans des conditions qui n'étaient pas absolument bonnes pour une collaboration effective.

Comme notre recherche concerne l'étude de la personnalité des enfants énurétiques pour en déduire les causes, il serait difficile voire impossible de procéder à une étude quantitative quand on doit diagnostiquer l'état psychologique des sujets. Le nombre de cinq enfants est suffisant pour dégager des conclusions significatives comme l'appuie P. PONGERE:

> ***« Une enquête qualitative peut porter sur un nombre restreint d'individus. Elle accorde une importance moindre au problème de représentativité de l'échantillon, l'écarte parfois totalement ».*** [1]

7.3. L'instrument d'enquête (ou de recueil des données)

7.3.1. Observation participante.

Il s'agit d'une observation longitudinale et verticale des enfants énurétiques retenus pour l'étude. Au début de l'intervention, l'on devait recourir aux techniques qui permettent la familiarisation pour écarter autant que faire se peut la distance avec les fournisseurs de données, l'on s'est servi des causeries détendues des jeux, du partage de repas et de la disponibilité quasi-permanente; la confiance fut établie.

Selon PINTO et GRAWITZ:

> ***« L'observation participe à la vie du groupe, c'est-à-dire qu'il soit accepté au point de s'intégrer dans le groupe, de se faire presque oublier en tant qu'observateur ».*** [2]

---

[1] PONGERE (P), Méthodes des sciences sociales, Paris, Dallez, 1971,P.54.

[2] PINTO (R), et GRAWITZ (M), Méthode de Recherche dans les sciences sociales, Paris, Dalloz, 1964, P.812.

Ainsi, certains enfants manifestent une indifférence, d'autres témoignent d'un accueil chaleureux envers les visiteurs surtout les enfants moins âgés. Dans les limites de la disponibilité des enfants (l'intervention était placée dans un contexte temporel difficile, les enfants sont à l'école la journée et font les études dirigées le soir), nous avons pu individualiser certains cas d'enfants énurétiques. Nous les observons autant que faire se peut. Nous échangeons sur les thèmes pour solliciter leurs réactions et attitudes. Les observations étaient menées de façon à suivre et se rendre compte de comportements de ces enfants dans le temps, dans les situations différentes, dans les groupes d'âges de sexe différents et dans l'espace c'est-à-dire au Village, à l'école ou au Jardin d'Enfants SOS (JESOS), dans les jeux, à table, dans la salle de télévision, etc. Ainsi: ***« Il peut (l'observateur) accéder, non seulement à des réactions individuelles, mais aussi à ce quelque chose de plus total et complexe qui représente le contexte social dans lequel vivent les membres d'une communauté »*** [1]

7.3.2. L'entretien semi-directif.

A. Entretien avec les enfants enquêtés.

Nous concevons ici l'entretien en tant que moyen de collecte des données utiles à la vérification des hypothèses de recherche. Mais cela ne veut pas dire que c'est le seul ou meilleur moyen de collecte des données, nous avons effectué ce choix dans le souci d'atteindre les facteurs profonds au comportement et aux attitudes des enfants énurétiques. Ainsi, nous pouvons profiter du climat d'échange pour poser autant de questions qui intéressent notre domaine. Ce choix se justifie également par la nature même du problème. Pour découvrir les problèmes psychologiques qu'éprouvent ces enfants énurétiques, l'entretien dirigé reste le moyen le plus utile pour sonder

---

[1] PINTO (R), et GRAWITZ (M), Op. Cit, P. 846

le psychisme par la voie de l'expression verbale.

L'avantage de cette méthode sur les autres est que l'enquêteur accorde moins d'importance à la standardisation et dirige l'entretien afin d'atteindre ses objectifs d'où l'entretien dirigé.

Selon G. DE LANDSHEERE:

> ***« L'enquêteur accorde moins d'importance à la standardisation qu'à l'information elle-même. Toutefois, il faut qu'en fin d'entretien, une série d'objectifs précis soient atteints. Un schéma définit les principaux thèmes à explorer et prévoit éventuellement certaines questions, mais la manière dont les thèmes seront amenés au cours de l'entretien, la façon dont les questions seront formulées et l'ordre dans lequel thèmes et questions apparaîtront ne sont pas fixés d'avance ».***(1)

MUCHIELLI quant à lui, nous affirme que:

> ***« L'entretien semi-structuré regroupe (...) un ensemble de méthodes ayant ceci de commun, qu'une question posée par l'interviewer ou le praticien, question large, tirée soit de la liste pré-etablie de questions ouvertes, soit de discours même pour élucider le sens pour lui, d'un concept ou d'une situation ».***(2)

D'emblée, l'entretien avec chaque enfant énurétique est précédé par une mise en confiance et une invitation à la franche collaboration.

B. L'entretien avec les mères/tantes SOS.

Dans le souci de compléter les informations tirées chez les enfants enquêtés, nous avons mené des entretiens avec les mères/tantes SOS. En effet, l'entretien avec le service familial est d'une importance capitale vu

---

(1) DE LANDSHEERE (G), Introduction à la recherche en éducation, Paris, Ed. Colin-Baurelier, 1982, P.52

(2) MUCCHIELLI (R), L'analyse de contenu, connaissance du problème, Paris, E.S.T, 1974, P.51.

la nature et la qualité de la recherche ainsi que notre domaine d'intervention. Normalement l'étude porte sur des enfants qui ont évolué au village depuis leur jeune âge et ce sont les mères/tantes ou l'environnement familial d'une façon générale qui se sont occupés d'eux et qui leur ont donné les premiers soins dès l'arrivée au Village. Ceci pour dire que ces personnages cités ci-haut sont les mieux placés pour connaître à fond ces enfants dans la mesure où ils passent le maximum de leur temps à s'occuper d'eux. Cela se justifie par le fait que, pour l'enfant du VESOS, c'est le substitut parental en l'occurrence la mère/tante SOS qui doit donc protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Elle dispose à son égard tout le temps, des droits de garde, de surveillance et d'éducation. Elle intervient dans le sens du bien-être pour l'enfant quant à son mode de vie, son développement, son avenir, son bonheur, son équilibre. Partant l'intervention des mères/tantes SOS s'avère cruciale du fait que leur tâche exige une disponibilité toute entière et une maturité sans égale. Ce sont elles qui disposent des informations authentiques sur l'évolution des enfants dès leur bas âge.

De surcroît, elles nous ont fourni des informations dont nous ne pouvions pas obtenir des enfants enquêtés par entretien. Certains auteurs le justifient:

> ***« Quand un sujet sent sa personnalité engagée dans les faits qu'il rapporte, il ya lieu de craindre que les réponses n'aient pas toujours la sincérité désirable. Même si nous avons des raisons de croire le sujet en possession de certains faits, il peut les dissimuler et les déformer s'il croit que la communication risque de menacer l'intégrité de son moi et d'y porter atteinte d'une manière ou d'une autre. Par ailleurs, la portée de l'interview peut être limitée par l'incapacité du sujet à fournir certaines sortes de renseignement ».***[1]

---

[1] FESTINGER (L) et KATZ (D): Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Paris, P.U.F, 1964, P.389

En effet, durant l'entretien avec les enfants retenus pour l'étude, les uns pouvaient nous cacher certains détails de peur d'être vexé dans leur intimité ou dans leur amour-propre et gardent l'espace de personnalité. L'entretien avec les mères/tantes SOS viendra donc compléter celui réalisé avec les enfants afin que nous puissions récolter le plus de données fiables et utiles pour la véracité de notre recherche.

En définitive, nous avons pu profiter de l'entretien du climat d'échange, pour poser autant de questions qui intéressent notre domaine. Et l'entretien a permis aux enfants concernés et au personnel (mères/tantes SOS, Directeur du Village) de s'exprimer librement, en toute âme et conscience. Chaque intervenant a eu l'occasion de répondre à nos questions confectionnées en fonction de ses attributions au service. Ceci nous a permis de compléter nos observations et de vérifier leur véracité à travers les opinions des uns et des autres.

7.3.3. Fiche d'observation.

Nous avons cherché une technique complémentaire à celle d'entretien dont l'importance est de nous permettre de nous rendre compte de la fréquence de l'incontinence d'urine nocturne pendant une période déterminée. En effet, compte tenu de deux sortes d'énurésie (énurésie primaire et secondaire nocturne), il nous sera facile de juger si tel enfant le fait par accident ou si réellement il a un problème au niveau psycho-affectif.

Ainsi, cette technique consiste en ce que l'on marque une croix dans une case correspondante après avoir vérifié chaque fois si l'enfant a fait « pipi » dans son lit au cours de la nuit. Chaque enfant énurétique a sa fiche personnelle. Cela nous a permis de faire une estimation de leur fréquence en faisant une moyenne sur un intervalle de temps significatif.

L'intervalle peut être d'une semaine, d'un mois ou plus. En ce qui nous concerne, nous avons jugé bon de nous arrêter à la fin de la quatrième semaine avec une marge d'erreur d'une semaine, au total cinq semaines

d'observation, tout en espérant que nous aurons déjà constaté l'ampleur ou la gravité du problème. Cette méthode nous a aidé à suivre les enfants quotidiennement afin que nous puissions vérifier si les informations livrées par les mères/tantes SOS sont plausibles.

7.3.4. L'Anamnèse.

Selon le Vocabulaire de Psychologie,

> ***« L'Anamnèse est une reconstitution aussi précise que possible du passé d'un sujet à l'aide de son propre récit autobiographique, de documents objectifs, de témoignages de l'entourage et de toute autre source ».***[1]

Dans notre étude, nous utilisons cette technique de collecte des données pour saisir la personnalité historico-sociale des enfants énurétiques récupérés dans les Centres d'Enfants non accompagnés (VESOS Nyakabiga) car leurs difficultés et comportements peuvent trouver une explication dans un profil longtemps remarqué comme évolutif. Cette technique contribue alors à déceler les origines de ces difficultés qui peuvent prendre racine dans la prime enfance ou peut-être dans les différentes personnalités des parents substitutifs. Aussi, le caractère même de la recherche nous oblige d'utiliser cette technique. L'importance de l'anamnèse en psychologie clinique a été évoquée par H.PIERON:

> ***« Pour la psychologie, l'anamnèse devient la recherche de tout ce qui a pu peser sur le développement du sujet et dont la connaissance peut contribuer à l'explication de son état présent »*** [2]

Pour le présent travail, nous avons reconstitué l'histoire de vie des enfants énurétiques à base des données trouvées dans leurs dossiers-parce que aux VESOS avant d'accepter l'entrée d'un enfant orphelin ou infortuné, on

---

[1] Univers de la psychologie, Vocabulaire de psychologie, Ed. Lidis, Paris, P.12
[2] PIERON (H), Vocabulaire de la psychologie, Paris, P.U.F, 1957, P.207.

constitue son dossier- par des entretiens avec eux et grâce aux témoignages des substituts parentaux.

7.3.5. Difficultés rencontrées.

Au cours de notre enquête, nous avons éprouvé des difficultés que nous ne pouvons pas passer sous silence. Le premier problème auquel nous nous sommes heurté est que certains enfants ne voulaient pas communiquer leur vie intime. Mais par divers subterfuges, cette difficulté a pu être résolue.

Le deuxième écueil avait trait à la disponibilité des enfants. Ces derniers sont à l'école la journée et font les études dirigées le soir.

L'autre difficulté majeure est celle des moyens financiers pour subvenir à toutes les exigences d'une telle enquête. En effet, pour éliminer les troubles sphinctériens d'étiologie organique des enfants énurétiques, une somme déterminante est nécessaire pour faire les examens prescrits par le médecin aux enfants retenus pour l'étude parce que ces examens sont coûteux.

Fiches d'observation indiquant pour chaque enfant la fréquence de son énurésie.

FICHE D'OBSERVATION/Enfant énurétique

Nom : CAKA
Prénom :
maison : 4
Age : 11 ans
Sexe : F

Du 09/03/1998 au 12/04/1998

	L	M	M	J	V	S	D
Première semaine	-	*	*	*	*	*	*
Deuxième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Troisième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Quatrième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Cinquième semaine	*	-	-	*	*	-	-

FICHE D'OBSERVATION/Enfant énurétique

Nom : APA:

Prénom :

maison : 4

Age : 12

Sexe : F

Du 09/03/1998 au 12/04/1998

	L	M	M	J	V	S	D
Première semaine	-	*	*	*	*	*	*
Deuxième semaine	-	*	*	*	*	*	*
Troisième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Quatrième semaine	-	*	-	*	-	*	-
Cinquième semaine	*	-	-	-	-	-	*

FICHE D'OBSERVATION/Enfant énurétique

Nom : CAN

Prénom :

maison : 5

Age : 11

Sexe : F

Du 09/03/1998 au 12/04/1998

	L	M	M	J	V	S	D
Première semaine	*	*	*	*	*	*	*
Deuxième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Troisième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Quatrième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Cinquième semaine	*	*	*	*	*	*	*

FICHE D'OBSERVATION/Enfant énurétique

Nom : AWA

Prénom :

maison : 10

Age : 15 ans

Sexe : F

Du 09/03/1998 au 12/04/1998

	L	M	M	J	V	S	D
Première semaine	-	*	*	*	*	*	*
Deuxième semaine	*	-	*	*	*	*	*
Troisième semaine	-	*	-	-	*	*	*
Quatrième semaine	*	-	-	-	-	*	*
Cinquième semaine	*	*	-	-	-	*	-

FICHE D'OBSERVATION/Enfant énurétique

Nom : INE

Prénom :

maison : 5

Age : 13 ans

Sexe : M

Du 09/03/1998 au 12/04/1998

	L	M	M	J	V	S	D
Première semaine	*	*	*	*	*	*	*
Deuxième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Troisième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Quatrième semaine	*	*	*	*	*	*	*
Cinquième semaine	*	*	*	*	*	-	-

III^{ème} Partie: ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

0. Introduction.

Dans cette dernière partie, nous allons faire une présentation, analyse et interprétation des données recueillies selon les différentes méthodes. Ces données proviennent de différents intervenants, de l'analyse des dossiers de chaque enfant et de leur fiche d'observation, ainsi que de nos observations.

Ce sont les cas susmentionnés qui feront objet de notre étude. Nous avons préféré la méthode d'étude de cas ou monographique qui est utilisée dans de nombreux domaines notamment ceux des sciences sociales humaines, biologiques et ne fait l'objet que d'un petit nombre d'études.

La méthode d'étude de cas peut se définir comme:

> ***« L'investigation approfondie portant sur une unité ou un petit nombre d'unités; l'unité, ce peut être un individu, une famille, une institution, voire une société; c'est l'unité considérée comme un tout qui est l'objet d'étude. Procéder à une étude de cas consiste à saisir aussi finement que possible les différents éléments, les différentes variables de l'unité choisie de manière d'une part à en dégager la configuration originale, d'autre part à saisir le jeu des divers déterminants dans la genèse de cette configuration ».*** [1]

Cette méthode nous aide à recueillir le maximum de données se rapportant à l'unité étudiée. Elle permet de cerner une réalité que d'autres démarches ne pourraient atteindre.

En d'autres termes, nous considérons la monographie comme une exploration approfondie portant sur un individu ou un petit nombre d'individus.

---

[1] NATHALIE (L) -DU PASQUIER, Le dévenir d'enfants abandonnés, Paris, P.U.F, 1981, P.43

Cette méthode nous est apparue comme la plus adaptée au problème étudié.

Selon toujours Nathalie:

> ***« L'étude des antécédents et l'évaluation des effets dans le domaine des carences affectives exige l'emploi de techniques extrêmement fines et sensibles; l'étude de cas répond selon nous à cette exigence ».***
> (1)

Ainsi, la richesse de données recueillies dans le cadre d'une étude monographique font de cette méthode une approche privilégiée pour saisir le jeu des déterminants au niveau individuel. Mais le traitement et l'exploration des données dans l'étude monographique exige une attention particulière si l'on ne souhaite pas se contenter d'une interprétation générale assez impressionniste.

Les monographies permettront de faire ressortir les différents thèmes explicatifs des difficultés affectives des enfants vivant au VESOS NYAKABIGA. Ce sont ces thèmes qui feront l'objet de la discussion et de l'interprétation générale des résultats. Ainsi nous dresserons leurs monographies dans lesquelles les points suivants seront abordés:

- la situation familiale de l'enfant;
- les conditions dans lesquelles l'enfant a été trouvé;
- la situation de l'enfant avant son arrivée au Village ;
- son évolution depuis l'arrivée au Village jusqu'à l'heure actuelle;
- son évolution à l'école.

Par après, nous mènerons une discussion sur chaque cas en vue d'identifier les facteurs qui pourraient inciter l'enfant d'adopter son comportement et proposer une thérapie.

---

(1) NATHALIE (L)- DU PASQUIER, Op.Cit. P.13

CHAP.I. ETUDE DU CAS CAKA

I.1. Anamnèse

Caka est âgée de 12 ans, c'est un sujet féminin et vit au Village d'Enfants SOS depuis son enfance. Elle est une enfant dont on ignore non seulement les parents mais aussi les circonstances de sa naissance. Selon les propos de la mère conseillère:

> ***« C'est un enfant abandonné, nyene kumuzana yamutaye muri orphelinat yo kw-i jabe, yahengereye hagati y-isaha 6 na 8 zo ku mutaga, harya abakozi batashe aca amuterera mu muduga wo muri orphelinat ».***

C'est-à-dire:

> ***« C'est un enfant abandonné, celui qui l'a emmenée l'a jetée à l'orphelinat de Jabe entre douze heures et quatorze heures quand les employés étaient en repos et l'a déposée dans un des véhicules de l'orphelinat »***

La mère et la tante SOS de l'enfant ne sont pas suffisamment bien informées sur le cas. Elles disposent néanmoins de quelques informations selon lesquelles CAKA aurait été mise au monde par une jeune fille élève. Celle-ci n'étant pas à la hauteur de subvenir aux besoins de l'enfant les plus élémentaires et craignant surtout d'être chassée de l'école avec tout ce que cela comporte comme conséquence, elle est venue déposer à la dérobée son nouveau-né dans un des véhicules de l'orphelinat de Jabe. Par la suite, le chauffeur de ladite camionnette, comme à l'accoutumée, est venue prendre son véhicule pour une mission. C'est à peine qu'il allait ouvrir la portière quand il entend à sa surprise les pleurs d'un bébé. Il est vite allé signaler le cas aux autorités administratives de l'orphelinat qui ont été obligées d'accueillir le nourrisson. Après y avoir passé environ deux mois,

elle a été récupérée par le Village d'Enfants SOS de Nyakabiga. Arrivée audit Village, l'enfant a bien évolué et n'a pas de problèmes particuliers hormis l'énurésie.

Après à peu près une année, nous avons vu des gens qui sont venus rendre visite à CAKA, nous raconte la mère conseillère. Mais quand les autorités du Village leur demandent leurs liens d'affinité vue une certaine ressemblance, personne n'est revenue, peut-être de peur que ces autorités du Village puissent cesser d'adopter l'enfant.

CAKA n'a pas donc de tuteur. Dans l'éducation et l'encadrement de la jeune fille, personne ne s'est proposée pour aider ses parents substitutifs (mère/tante SOS) dans la mesure où même au cours des vacances, elle reste au Village alors que les autres enfants qui ont des parrains quittent le Village pour passer ces vacances chez leurs parrains. Depuis son arrivée au VESOS Nyakabiga, elle s'est beaucoup attachée à sa mère SOS si bien que même actuellement elle ne puisse pas accepter de passer une nuit ailleurs.

Au niveau scolaire, elle est actuellement inscrite en quatrième année. Ses résultats sont particulièrement faibles selon les propos de sa mère substitutive:

> ***« No mw-ishule ntakurikira nka neza, niho akija mu wa kane, aza aradubura ».***

Ce qui signifie:

> ***« Même à l'école, elle ne suit pas bien, elle vient de commencer à peine la quatrième année, elle redouble souvent ».***

CAKA précise elle-même que la plupart des cas, elle passe le temps à déranger en classe ou pense à autre chose alors que les autres suivent attentivement leur enseignant.

I.2. Discussion

En analysant le cas CAKA et sur base des propos recueillis auprès de sa mère/tante SOS, du personnel administratif et d'elle-même, nous pouvons dire que CAKA n'a jamais été propre la nuit, elle est énurétique primaire.

Du côté social, elle s'intègre relativement bien dans son groupe sauf qu'elle est turbulente comme le stipule la mère conseillère:

« CAKA rero ni umwana akubagana, mugabo ubu ariko arahinduka, ngira ni ugukura ».

Cela peut se traduire ainsi:

« CAKA est une enfant turbulente. Mais actuellemnt elle fait de progrès, peut-être qu'elle grandit ».

Toutefois, elle fait quelques fois objet d'intimidation et de blâmes de la part de ses pairs, ce qui la rend fâchée. Ceci apparaît dans ses propos:

« Haraho abandi bana bambeshera ko nagize amakosa atayo nagize ngahanirwa ubusa, bikambabaza cane ».

C'est-à-dire:

« il arrive des fois que les autres enfants disent que j'ai commis des fautes alors que ce n'est pas vrai et je suis puni pour rien, cela me fait beaucoup de peine ».

Elle reste quand même conscient de son problème d'énurésie et va même jusqu'à se culpabiliser. Elle n'a pas de problèmes organiques, les examens médicaux de laboratoire corroborent notre affirmation comme c'est confirmé dans les fiches médicales en annexe.

De surcroît, CAKA surveille bien sa vessie pendant la journée. Cela prouve également qu'elle n'a pas de troubles d'incontinence d'étiologie organique. Le problème qui se pose alors est de savoir pourquoi elle ne peut pas la surveiller pendant la nuit. La raison en est qu'elle se trouve dans une tension psychique, qui rend impossible la rétention des urines. Il reste à savoir

la nature de cette tension psychique dont souffre cette enfant. Au cours de l'entretien que nous avons mené avec elle, elle nous a dit:

« Sinzi umunsi narose ngo shetani turaryamanye iriko irandya ivyara, ngaca nikangura nkagira ubwoba bwinshi sinsubire gusinzira ».

Cela peut se traduire:

« Un jour, j'ai rêvé que je dormais avec Satan. Ce dernier était en train de me déchirer avec ses ongles. Je me suis reveillée, j'avais terriblement peur. Je ne parvenais plus à trouver du sommeil ».

Elle a continué:

« Canke nkarota ngo mama wanje yamvyaye ari umuzimu, ngaca nkanguka canke ngakoma induru »

C'est-à-dire:

« Ou je rêve que ma mère biologique (qui l'a mise au monde) est un revenant « umuzimu », je me réveille brutalement ou alors je crie ».

Nous pouvons dire que ces rêves pénibles que CAKA éprouve parfois avec sensation d'étouffement, d'oppression et qui se terminent en sursaut après une anxiété extrême ont une origine psychoaffective. Chez l'enfant l'anxiété s'exprime surtout pendant le sommeil sous la forme de terreurs nocturnes. Au cours de nos entretiens avec sa mère SOS elle nous a dit:

« Umusi umwe CAKA yambwiye ngo bamubwiye ko mama wiwe yamutaye akiri uruyoya, baca baramutora bamuzana ngaha ».

C'est-à-dire:

« Un jour CAKA m'a rapporté qu'on lui a dit que sa mère l'a abandonnée quand elle était encore bébé, on l'a trouvée et amenée ici ».

Plus loin elle continue encore:

« Kandi yambwiye ngo ese icompa nkamenya umuntu w-iwacu n'umwe ».

C'est-à-dire:

« Elle m'a dit encore: si je pouvais connaître quelqu'un de ma

famille ».

A partir de tout ce qui précède, l'on est porté à croire qu'il existe une certaine tension psychique dans son inconscient qui serait liée:

- A l'insatisfaction ou insécurité affective due peut-être à la séparation d'avec son objet d'amour dès sa naissance.
- Au sentiment d'humiliation parce que sa mère l'a abandonnée et que l'énurésie est un symptôme jugé humiliant par tous les enfants.
- Au sentiment d'infériorité car les autres profitent des vacances et se rendent chez leurs parrains. Ils reviennent parfois bien habillés alors que CAKA ne change pas de milieu et passe les vacances au Village; elle éprouve de la gêne dans la vie sociale voire d'anxiété.
- A la non résolution du complexe d'oedipe (ce dernier n'a pas été liquidé et a été refoulé) et au fait de n'avoir pas vécu la triangulation dans la mesure où CAKA fut abandonnée dès le bas-âge. Elle n'a pas été amenée directement au VESOS, elle a transité à l'Orphelinat de Jabe comme nous l'avons déjà dit. Elle a donc eu des attachements non permanents parce qu'elle a connu plusieurs mères, donc plusieurs objets d'amour et n'a pas connu de père. Cela se justifie par le fait que aux VESOS (tous), il n'existe pas de père pour chaque maison familiale. Ce sont les Directeurs de ces VESOS qui sont supposés être les pères de tous les enfants qui sont sous leur responsabilité. A titre illustratif, prenons le cas du VESOS de Bujumbura. Il abrite plus de 120 enfants pour dix maisons familiales et un foyer de Jeunes filles SOS. Le Directeur est supposé être le père de tous ces enfants du Village mais il ne peut pas les satisfaire tous et d'ailleurs il y a des enfants qu'il ne voit que rarement. Donc la résolution du complexe d'oedipe n'aura pas lieu. Rappelons que la dissolution de l'oedipe consitue une libération énergétique

considérable. Cette énergie sera investie surtout dans des activités intellectuelles et ludiques et plus tard elle va de nouveau se condenser pour être investie dans de nouveaux objets. Ainsi la non destruction de l'oedipe peut être considérée comme le noyau des névroses. Les difficultés névrotiques rencontrées chez l'homme trouvent naissance à la période oedipienne. La résolution du complexe d'oedipe et sa désexualisation se font à travers un processus d'identification mais ce dernier n'aura pas lieu aux VESOS faute de n'avoir pas vécu la triangulation.

- Aux tensions qui peuvent également être suscitées par le fait que les mères substitutives sont, dans la plupart des cas, surchargées de travaux ménagers et ne peuvent pas trouver assez de temps pour s'occuper suffisamment de chaque enfant afin de lui témoigner une affection nécessaire.Cette affection aide l'enfant, grâce au transfert, à modifier le Surmoi pathologique et facilite la création spontanée des moyens de défense naturels qui vont dissiper ses sentiments d'infériorités ou ses tensions d'une façon générale. Elle permet le développement social harmonieux et équilibré. Comme le souligne CASABIANCA:

  « L 'acquisition de la maîtrise sphinctérienne dépend du développement physique, du développement affectif et du développement social de l'enfant ».[1]

[1] CASABIANCA (R.M), L'Eveil social avant trois ans en milieu Institutionnel, Paris, Ed. FLEURIS, 1978. P.278.

I.3. Processus thérapeutique

Comme nous l'avons déjà évoqué, la thérapeutique ne réussit pas toujours à 100 % parce qu'il n'y a pas de cause somatique précise et la difficulté, les résistances qu'on a de franchir la barrière pour accéder aux conflits initiaux qui ont été refoulés dans l'inconscient. Une psychothérapie analytique devrait, théoriquement, par le jeu des liens transférentiels, modifier la structure des premières relations objectales. Aussi, des moyens simples visant à créer un climat de sécurité (modification du milieu par exemple au cours des vacances) une psychothérapie de soutien, des échanges peuvent améliorer son énurésie. Des conseils donnés à cette enfant combinés avec certaines mesures dissuasives ont eu un effet positif. Il faut par exemple tenir une fiche suiveuse sur laquelle on marque le nombre de fois que CAKA mouille son lit. Il faut qu'il y ait quelqu'un de l'extérieur du Village, un psychologue de préférence, qui vienne contrôler à la fin de chaque semaine le nombre de fois qu'elle s'est mouillé pour qu'elle diminue de fréquence. En effet, nous avons préconisé cette thérapie parce qu'on nous a révélé que CAKA ne veut pas qu'une personne étrangère du Village soit au courant de son problème.

Une autre mesure dissuasive est de l'ordonner de nettoyer sa chambre chaque fois qu'elle la salit ainsi que ses draps.

Depuis que nous lui témoignons un suivi régulier d'une façon générale et mettons en application tout ce que nous venons de dire d'une façon particulière, CAKA a véritablement fait des progrès. Avant notre intervention, elle mouillait son lit tous les jours comme c'est mentionné sur sa fiche d'observation. Actuellement, elle ne le fait qu'accidentellement.

Nous n'avons pas fait recours au traitement chimiothérapique pour la simple raison, d'une part, qu'il n'y a pas de cause somatique précise d'après ses résultats de laboratoire comme c'est confirmé en annexe par ses papiers médicaux et qu'elle a fait des progrès depuis notre intervention d'autre part.

De surcroît, ces médicaments sont chers alors que nous n'avions pas de fonds nécessaires pour nous en procurer. Ainsi, l'énurésie est un symptôme issu d'un trouble qui n'est pas organique pour le cas de CAKA d'après les résultats.

Donc, faire usage de la chimiothérapie serait en quelque sorte soigner le symptôme, ce qui n'est pas tout à fait cohérent. Il faut chercher plutôt la genèse, la cause profonde de ses conflits. Il s'agit donc d'amener l'inconscient à la conscience en supprimant les refoulements et en transformant le conflit pathogène en conflit normal.

CHAP.II. ETUDE DU CAS APA.

II.1. Anamnèse

APA est âgé de 12 ans. Il est apparemment sain et vit au Village depuis l'âge de 4 - 5 ans. C'est un garçon timide, il n'ose pas regarder l'interlocuteur. Il est propre, souvent bien habillé, presque toujours souriant. Il se présente aux gens avec un air jovial, un sourire aux lèvres. Il est taciturne, parle peu, on dirait qu'il n'entend pas bien. Selon les informations recueillies sur le cas, APA est né à Mutakura d'une fille-mère prostituée. Cette dernière avait mis au monde quatre enfants dont APA, le cadet. Comme le malheur ne vient jamais seul, elle est morte par la suite à l'issue d'une maladie dont nos informateurs ignorent la nature. C'est ainsi que leur grand-mère a vite pris la relève dans l'éducation de ces enfants. Mais la grand-mère était indigente, démunie à telle enseigne qu'elle ne pouvait même pas se procurer de quoi manger tous les jours.

Pour survivre, la grand-mère dépendait de son fils, oncle d'APA, qui faisait le commerce d'arachides. Il a été obligé alors de rendre un service de bon aloi à ces orphelins, c'est-à-dire ses neveux, en les prenant en charge. Ainsi, ce sont ces enfants qui faisaient le commerce ambilant en passant de quartier en quartier pour vendre quelques sachets d'arachides grillés alors que APA n'avait pas encore 5 ans. Quand cet enfant n'allait pas vendre les sachets d'arachides grillés, il se rendait aux différents quartiers pour mendier, quémander et emmener ce qu'il a gagné à sa grand-mère.

Malgré tous ces problèmes de survie, la grand-mère essayait d'éviter, dans l'éducation de ses petits-fils, toute situation susceptible de les frustrer. Elle les éduquait plutôt dans le sens de la permissivité. Ils pouvaient tout se permettre à ses yeux, selon nos informateurs. Peut-être avait-elle horreur de les punir sous peine de leur rappeler l'événement malheureux qu'ils avaient connu à savoir la perte de leur parent unique et aussi pour éviter qu'ils puissent refuser

de sillonner les quartiers comme à l'accoutumée en vue de chercher de quoi vivre.

Par la suite, un de leurs voisins, par compassion s'est rendu à l'orphelinat de Jabe pour solliciter sa contribution dans la prise en charge de ces enfants vu les conditions précaires dans lesquelles ils vivaient. Cette institution a accueilli à bras ouverts les 4 enfants. Après y avoir passé 6 mois, APA et son grand frère ont été récupérés par le VESOS de Bujumbura. Arrivé au Village, le comportement d'APA et de son grand frère laissait à désirer selon les propos de la mère conseillère. Le premier et c'est surtout lui qui nous intéresse, avait un comportement beaucoup plus marqué par une tendance à l'isolement avec une agressivité à outrance. Il avait une humeur instable oscillant entre la gaieté et la tristesse.

Il manifestait une certaine impulsivité dans tout ce qu'il faisait: il cassait les couverts de table, il se bagarrait tout le temps avec ses camarades allant même jusqu'à leur lancer des pierres ou à les menacer de les poignarder, etc. Presque tous les jours, il rentrait de l'école le visage couvert de blessures. En effet, il était toujours l'objet d'agressivité de ses camarades de classe puisqu'il ne cessait pas de les défier.

Son niveau intellectuel était extrêmement lacunaire selon sa mère substitutive. Il occupait toujours la dernière place avec un écart de pourcentage élevé entre lui et son prédécesseur. Il avait également des tendances boulimiques avec une grande fréquence, sa faim n'était jamais assouvie.

Toutefois, nous avons remarqué qu'il a été redressé, il est actuellement un garçon propre, discipliné. Le seul problème qui lui reste est celui de l'énurésie. Aussi il n'évolue pas bien en classe, même cette année il n'a pas réussi.

II.2. Discussion.

APA n'a jamais été propre la nuit comme il l'affirme lui même.

« Sinigeze ndeka gusoba mu gitanda, kiretse iyo nsivye nka rimwe mw-iyinga ».

C'est-à-dire:

« Je n'ai jamais cessé de faire pipi au lit, sauf peut-être une fois la semaine ».

Il n'a jamais vu sa mère ni son père et cela lui attriste beaucoup:

« Nk-iyo mbonye umuvyeyi aje kuramutsa umwana wiwe nca nibaza nanje iyaba ndamufise aba aza kundamutsa ».

C'est-à-dire:

« Quand je vois un parent qui vient rendre visite à son enfant, je me dis que si j'avais moi aussi un parent, il viendrait me voir ».

En effet, les troubles comportementaux d'APA seraient liés à son histoire, à l'éducation qu'il a reçue avant d'arriver au VESOS Nyakabiga. Nous avons précédemment dit qu'après la mort de sa mère, sa grand-mère l'a éduqué dans le sens de la tolérance, de la permissivité; n'ayant jamais été frustré ou contrarié par celle-ci dans tout ce qu'il faisait. APA n'a pas eu suffisamment de temps pour être aux côtés ni de sa grand-mère ni de sa mère ou son père qu'il n'a pas connus. Nous savons que l'absence du père dans la famille peut avoir des répercussions néfastes sur la constitution de la personnalité des enfants.

Ainsi, dans un foyer, le père constitue pour le garçon un élément d'identification. Il incarne l'autorité, il est le symbole de la loi et il prend de grandes décisions.

Il est également protecteur de la famille car il lui assure la protection, la sécurité physique et morale. Il est aussi le pourvoyeur des biens matériels comme la nourriture, les vêtements, le matériel scolaire, ... Nous comprenons donc que l'absence des parents dans une famille ne laisse pas intacte la vie de

l'enfant à moins que celui-ci ne trouve directement un substitut valable. Ainsi, la façon dont les parents traitent leurs enfants, les rapports existant entre les parents eux-mêmes, la façon dont les parents se comportent aux yeux de leurs enfants, etc., sont quelques exemples des facteurs qui peuvent influencer l'éducation des enfants et qui font que leurs comportements soient ultérieurement bons ou mauvais.

APA a été donc victime de la disparition de sa mère dans sa prime enfance avec toutes les conséquences psycho-socio-éducatives qui ont pu en résulter. En effet, au niveau psychologique, APA tout comme tous les autres enfants sans familles et qui n'ont pas eu à temps des tuteurs qui les adoptent, qui errent par conséquent dans la rue sont souvent des enfants difficiles. Ils manifestent parfois de solides signes d'agressivité contre eux-mêmes mais aussi envers les autres. Comme l'affirme la mère SOS d'APA:

> ***« APA yari umwana agoye, eka wo mw-ibarabara nyene, atazi kwambara impuzu yo hejuru, atambara n-ikambambiri, atukana, eka ntiyashoboka muri vyose ».***

C'est-à-dire:

> ***« APA était un enfant difficile, de la rue. Il était toujours torse nu, ne mettait jamais ses babouches et il insultait les autres. Il était vraiment impossible sur tous les plans ».***

Ceci peut-être compris comme le fruit de déséquilibres personnels que l'enfant désire corriger ou comme une façon de compenser les frustrations. C'est l'agressivité de l'être refoulé et faible qui n'a aucune cible autre que ses pairs et ceux qui sont faibles que lui sur lesquels il déverse son anxiété, sa confusion et sa colère. Il transmet et passe à d'autres la violence qui lui est infligée par son environnement, par la rue et par tout ceux qui ont été dans son enfance autour de lui. Son comportement résulte également du fait qu'il était dans la rue, sillonnait des quartiers pour vendre des arachides dans différents débits de boissons.

Pour se protéger et éviter que les autres enfants plus forts que lui prennent ses objets, il devait être mordant, agressif. Les instruments qu'il utilisait pour déverser son agressivité, comme il le suggère lui-même étaient les pierres, les fils de fer, les aiguilles, les couteaux qu'il gardait dans ses vêtements et qu'il utilisait soit pour se défendre soit pour agresser les autres comme nous l'avons déjà évoqué. En outre, il se protégeait contre l'insécurité en choisissant un protecteur qui était souvent son grand frère. En l'absence de celui-ci, il y avait un autre enfant de la rue plus robuste qui prenait la relève en cas de conflit. Nous pouvons dire ainsi que cette expérience vécue dans son enfance, c'est-à-dire quand son moi était encore faible a eu des répercussions sur son évolution psychique, sur le développement de sa personnalité. Ainsi même s'il a pu trouver un environnement sécurisant (le VESOS), il reste quelques troubles qui le hantent et qui se manifestent à travers son comportement selon lequel il exprime un « jargon de la vessie ».
Dans cette optique, nous pouvons signaler qu'à défaut de la satisfaction de ces besoins psychologiques, essentiels chez l'enfant (sécurité, affection, affirmation personnelle) il affiche des comportements négatifs. Ce sont des manifestations ou alors des réactions traduisant ce sentiment de frustration.
C'est entre autres l'agressivité, les larcins d'enfants, etc. Qui caractérisent les enfants difficiles et qui trouvent leur explication dans la prime enfance et dans l'atmosphère familiale dans laquelle ils ont grandi.

Au niveau social, APA a eu toutes les peines du monde pour s'adapter au VESOS. Il était toujours en conflit avec ses pairs ainsi qu'avec sa mère/tante SOS. Il lui paraissait tellement difficile de se soumettre puisque sa grand-mère ne le punissait jamais afin de lui donner une bonne éducation, le corriger et lui mettre dans une bonne voie. Il était habitué à se débrouiller, livré à lui-même et devait survivre coûte que coûte, par n'importe quels moyens avouables ou non: le travail dans la rue, la mendicité, fouiller les décharges d'ordures, agresser les moins âgés, recourir à la solidarité des

copains et en cas de force majeure voler les passants de menus objets pour avoir de quoi manger. Sa grand-mère ne lui donnait jamais de petits travaux ménagers, mais la grande partie de son temps ou de sa journée était occupée par des promenades d'évasion ou de loisirs. Il passait de longues heures de la journée (de 6h à 18h) à déambuler ou à exercer d'autres travaux qui mettent en danger sa santé, son éducation ou son développement. C'est pour cette raison que sa relation avec les autres, sa cohabitation n'étaient pas d'emblée faciles, il a fallu un travail de longue haleine de la part de ses substituts parentaux, C'est-à-dire sa mère/tante SOS pour le redresser.

Sur le plan éducatif, nous insistons surtout sur l'éducation scolaire. APA éprouve des difficultés qu'on ne peut pas passer inaperçues. Il a des difficultés à maintenir l'effort. A ce propos, sa mère SOS témoigne:

> ***« Ubu rero APA yarahindutse, ni umwana mwiza, ari propre, mugabo kw'ishule ntakurikira neza ».***

Ce qui peut se traduire:

> ***« Actuellement APA a changé, il est bien, propre mais à l'école il ne suit pas bien ».***

Normalement, les dimensions de la personnalité de ses catégories d'enfants contribuent à influencer d'une manière ou d'une autre le travail scolaire. La déperdition scolaire est élevée dans les classes primaires à cause des conditions de vie précaires et du manque de motivation de ses types d'enfants. L'accès ou la continuité à l'école peut aussi s'avérer difficile à cause du manque d'adaptation des programmes scolaires à la réalité quotidienne de l'enfant, d'où son désintéressement et finalement l'abandon.

Un jour du mois d'octobre 1998, APA a injurié le maître en classe en disant ***« mwigisha kirofa »*** C'est-à-dire: ***« maître qui est bête »***. Les écoliers qui étaient à côté de lui ont été foudroyés et l'ont dit au maître. Comme punition, ce dernier l'a renvoyé. Ceci nous montre que l'enfant a toute une chaîne de besoins psychologiques qu'il aimerait satisfaire pour se sentir en sécurité.

Dans le cas précédent, nous pouvons dire que APA désire se faire remarquer même s'il l'a fait d'une façon désagréable, c'est-à-dire en injuriant le maître comme s'il voulait donc dire « Occupez-vous davantage de ma personne », il voulait attirer l'attention de tout le monde sur lui, montrer à ses condisciples qu'il est puissant qu'il peut même offenser le maître. Il est quasiment clair que cet enfant a grandi sans amour, chaleur humaine, affection et sans cette atmosphère de tendresse qu'on crée normalement autour des enfants pendant les premières années de leur existence. Ainsi pour combler ce fossé, il développe en lui un désir de considération, une tendance à l'expansion personnelle, une volonté de puissance. C'est pourquoi il cherche à se mettre en valeur en vue d'atteindre un meilleur niveau de prestige.

II.3. Processus thérapeutique

Pour redresser cet enfant, il faut a priori émettre une hypothèse à propos de l'origine de ses troubles comportementaux à savoir qu'ils seraient liés à son histoire, à l'éducation qu'il a reçue après la perte de son objet d'amour, C'est-à-dire sa mère biologique. Nous avons déjà dit qu'après la mort de sa mère, sa grand-mère l'a éduqué dans le sens du laisser-aller. Il faut se souvenir que les grands-parents se conduisent souvent d'une façon très tendre avec leurs petits-enfants alors qu'il ne faut jamais gâter l'enfant d'une façon exagérée. Toutefois, arrivé dans un milieu où on ne peut pas tolérer tout ce qu'il fait ne convenant pas aux bonnes manières, il se sent coincé et met en oeuvre certains mécanismes de défense de nature pathologique.

Pour le redresser, nous avons d'abord conscientisé les éducateurs et les autres enfants du Village pour qu'ils n'adoptent pas une attitude extrême ou répugnante à son égard car, plus il se sent rejeté, plus il s'enfonce dans son problème. Ensuite, des séances de causerie morale improvisées par sa mère (tante SOS et par nous-même) où APA doit exposer autour d'une table ronde, ses problèmes, formuler ou prononcer ses voeux peuvent porter

fruit. APA pourrait profiter du climat d'échange pour vivre l'ambiance du groupe et trouver l'occasion de verbaliser ses conflits pour enfin les liquider.
Il faut l'aider aussi à avoir confiance en lui, lui témoigner du soutien, l'empêcher de faire « l'enfantin » lui prouver qu'il est grand et qu'il est temps de cesser et d'extirper à jamais ce mauvais comportement (l'énurésie). Il faut également lui éviter des inquiétudes inutiles et recommander à sa mère/tante SOS de ne jamais forcer, punir ou ridiculiser l'enfant, qu'elles ne discutent jamais en sa présence de ses problèmes de propreté avec d'autres personnes hormis nous qui sommes informé et participons dans le processus thérapeutique administré en sa faveur. Il faut lui rappeler qu'il doit se conduire en adulte et non comme un bébé, il va atteindre bientôt l'adolescence, période pendant la quelle on a tendance à se surestimer.
Après environ quatre mois de suivi, nous nous réjouissons d'un grand progrès qu'APA a déjà réalisé. Actuellement, il ne mouille son lit que rarement.

CHAP.III. ETUDE DU CAS CAN.

III.1. Anamnèse

Elle est née en 1987. C'est une enfant de père et de mère inconnus. Parmi nos informateurs, les uns nous disent qu'elle a été trouvée dans la brousse, abandonnée après deux jours de souffrance. Elle a été conduite par après à l'Hôpital Prince Régent Charles où elle a passé plusieurs mois, hospitalisée. Après cette longue hospitalisation, elle a transité à l'Orphelinat de Jabe avant de gagner le VESOS de Bujumbura.

Les autres nous disent que CAN est née à l'Hôpital Prince Régent Charles. Mais par après, peut-être que sa mère a rendu l'âme si elle n'a pas pris fuite.

Le nouveau-né a été emmené à l'Orphelinat de Jabe où elle a enduré beaucoup de souffrances. En effet, comme le stipule la mère conseillère:

> ***« Hanyuma ashitse muri Orphelinat yo kwi-i Jabe, aragwara ingwara z-ubwoko bwose. Gushika afise amezi 6 canke 7 yari afise ikiro kimwe n'-amagrama amajana icenda ».***

C'est-à-dire:

> ***« Ensuite quand elle est arrivée à l'Orphelinat de Jabe, elle a souffert de toutes sortes de maladie jusqu'à 6-7 mois, elle n'avait qu'1,900 kg »***

Nous ne disposons pas d'informations relatives aux conditions de vie de ses parents biologiques d'autant plus que jusqu'alors il n'y a personne, qu'il soit de la famille proche ou élargie ou encore un ami de la famille, qui ait venu la voir au VESOS. Mais il y a une vieille femme qui disait être sa grand-mère qui est apparue un jour au VESOS, réclamant l'enfant disant que c'est elle qui prenait en charge l'enfant à l'Hôpital après que sa mère ait disparue et avant que cette enfant soit amenée à l'Orphelinat de Jabe.

Notons tout de même que l'enfant est arrivée au VESOS Nyakabiga à 6-7 mois environ. A l'âge de 3-4 ans, elle a changé de mère, ce qui l'a beaucoup

marquée comme le précise toujours la mère conseillère:

« Hanyuma mu nyuma uwo mu mama yabitaho cane aca aragenda kurongorwa ».

C'est-à-dire:

« Par après, cette mère qui s'intéressait beaucoup à ces enfant est partie pour se marier ».

Selon également nos informateurs, CAN pouvait se mouiller pendant la journée au cours de sa sieste. Mais actuellement elle ne se mouille que la nuit. De surcroît, nous avons été épaté par le fait que CAN ne se culpabilise pas après avoir sali sa chambre. Les autres enfants ont beau la blâmer mais en vain, elle fait semblant de ne rien entendre. Elle reste imperméable à toutes les mesures dissuasives qu'on prend à son encontre.

Alors que CAKA regrette après s'être mouillée, CAN fait semblant de n'avoir rien fait et va même jusqu'à s'en réjouir. Elle n'a jamais été propre la nuit, C'est-à-dire depuis sa jeune enfance.

Dans la foulée, soulignons que le sujet éprouve une inappétence scolaire. En effet, elle est souvent en retard alors qu'elle quitte la maison (le Village) à temps, parfois elle fait l'école buissonnière et manifeste un certain refus de faire les devoirs à domicile

Sa tante SOS nous dit:

« Ni umwana akubagana, ni akajuju, arata ibikoresho vy-ishule, aronka 30 % aho ni iyo atadubuye ».

C'est-à-dire:

« c'est une enfant turbulente, elle est faible en classe, elle perd son matériel scolaire, elle n'obtient que 30 % si elle ne reprend pas l'année »

En classe, elle dérange et ne veut pas fournir d'effort. Elle n'attend que le moment de la récréation pour jouer avec ses camarades. Quand la cloche sonne mettant fin à la recréation, elle continue à jouer jusqu'à ce qu'elle reste

seule dans la cour et gagne sa classe souvent en dernière position.
De plus, le vol et le mensonge seraient d'autres traits de caractère qui complètent l'état comportemental de l'enfant.

III.2. Discussion

CAN a un problème très alarmant d'énurésie d'une fréquence d'au moins tous les jours. Le comble de malheur c'est qu'elle ne regrette pas, on dirait que la chaleur de ses urines lui procure un certain plaisir. A ce propos, certains auteurs nous appuient:

« L'approche psychologique de l'énurésie la fait apparaître comme une sorte de décharge remplaçant des formes plus mentalisées d'expression de l'agressivité et du plaisir érotique. On l'a même considérée comme un équivalent masturbatoire ». [1]

Au niveau de la trajectoire psychodynamique de CAN, nous observons aussi -sur base des renseignements fournis par elle-même, sa mère SOS et la mère conseillère- que l'histoire de sa vie est sombre et mouvementée et qu'elle est susceptible de produire ce genre de troubles ou une telle entité clinique.
Premièrement, CAN n'a jamais connu de mère ni de père comme elle nous l'affirme elle-même:

« Naje ngaha ndi umu « bébé », nta muvyeyi n-umwe mfise »

c'est-à-dire:

« Je suis venu ici étant encore bébé, je n'ai aucun parent ».

Deuxièmement, elle n'a pas de parrain comme les autres enfants du VESOS. Pendant les vacances, elle préfère rester au Village parce qu'une fois qu'elle s'est rendue pendant les vacances chez son tuteur, celui-ci a failli la vendre au Zaïre.

---

[1] HAYNAL (A) & PASINI (W), Médecine Psychosomatique, Masson, Paris, 1978, P.275.

« Jewe singomba kuja aho mu Ngagara kubera hari umusi bashatse kungurisha muri Zaïre »

C'est-à-dire:

« Je ne veux pas me rendre à Ngagara parce que une fois ils ont failli me vendre au Zaïre ».

Troisièmement, la vieille femme qui était la seule personne de sa famille que l'enfant connaissait et qui venait quelques fois lui rendre visite au VESOS est décédée, ce qui a entraîné un profond désarroi moral chez CAN:

« Nyokuru wanje yarapfuye barabimbwira, baca baza kuntora mvuye kw- ishule, vyarambabaje cane ».

Ce qui se traduit comme suit:

« Quand ma grand-mère est décédée, on est venu me l'annoncer et m'emmenait chez eux pour la circonstance à ce moment. Cette mort m'a beaucoup chagriné ».

Son affectivité peut-être négativement marquée par l'absence des membres de sa famille.

Quatrièmement, après être arrivée à l'orphelinat de Jabe, elle est tombée malade et restait alitée à l'hôpital (mes informateurs ne me l'ont tout de même pas précisé) pendant plusieurs mois (6 à 8 mois) à cause d'une maladie dont ils ignorent la nature. Après cette longue hospitalisation, CAN a été récupérée par le VESOS Nyakabiga. Les premiers jours au Village lui ont été également pénibles, elle a été de nouveau hospitalisée deux semaines durant.

Ainsi, ces genres de maladies qui se pérennisent sur une longue période entraînent normalement un suivi régulier, une prise en charge pendant laquelle on gâte énormément l'enfant. De semblables circonstances provoquent habituellement, après la guérison, un manque terrible de cette tendresse dont on les entourait pendant leur maladie et pendant la période de

convalescence.

Cinquièmement, la mère SOS qui s'occupait valablement de ces enfants de façon globale et spécifiquement de CAN est allée se marier. Elle s'intéressait beaucoup à CAN parce que sa santé était précaire et elle était la plus jeune à l'époque parmi tous les enfants de la même maison familiale. CAN se sépara ainsi de nouveau de son objet d'amour. Comme la nouvelle mère n'a pas permis la tranquillité et l'équilibre psychoaffectif de l'enfant au même titre que la première, certains comportements sont apparus comme une sorte d'adaptation pour combler le vide dont l'enfant témoigne sur le plan psychologique et socio-affectif. Ce déséquilibre psychoaffectif occasionne chaque fois chez l'enfant des resurgissements de la tension psychique due à la perte de l'objet aimé (la mère). Son dynamisme existentiel (l'affectivité) se trouve perturbée et ce dès le jeune âge.

Nous l'avons constaté au cours de nos observations aussi proches que lointaines. En effet, l'état de son humeur est instable, il va de l'euphorie à la dépression. : Tantôt on la trouve de bonne humeur tantôt on la voit en train de bouder.

Dans le premier cas, c'est-à-dire quand je la trouve dans une disposition affective orientée vers la gaieté, elle galope pour me saluer, m'embrasse, me prend le bras. Elle m'emmène chez elle tout en me posant pas mal de questions, me suppliant de l'amener un jour chez moi, m'exposant pas mal de problèmes en l'occurrence le manque de parrain qui pourrait lui témoigner l'appui moral et chez qui elle pourrait passer les vacances comme les autres enfants du Village qui ont des parrains le font.

Dans le second cas, sa tente SOS nous dit:

> ***« Iyo yanse ico akora, aragenda akiyugarana mu cumba canke akanka kuvugisha umuntu n'umwe, akabuda »***

C'est-à-dire:

> ***« quand elle ne veut pas faire quelque chose, elle va s'enfermer dans sa chambre et refuse de parler à personne, elle boude ».***

Nous l'avons souvent trouvée dans cet état de mauvaise humeur marqué non seulement par le silence, l'indifférence apparente, la mise à l'écart du groupe d'autres enfants, mais aussi par la mine renfrognée comme si on l'a blessée dans son amour-propre.

Nous prenons la bouderie dans le sens d'une réaction normale qui peut succéder à la colère (ou quand il y a quelque chose qui ne va pas) ou la remplacer jusqu'à la reprise des contacts affectifs normaux avec l'agresseur, ce dernier pouvant être sa mère/tante SOS, l'enseignant ou ses pairs. CAN est un sujet en période pré-pubertaire où l'évolution de l'affectivité se fait sentir, elle est disposée aux réactions affectives vives et prédisposée à se sentir offensée par la moindre atteinte de son amour-propre.

Dans le même ordre d'idées, nous ne pouvons pas passer inaperçu les difficultés scolaires que CAN éprouve. Rappelons que CAN a redoublé 3 fois la première année primaire. Actuellement elle reprend la deuxième année parce qu'elle n'a pas réussi l'année scolaire précédente. En effet, nous savons que le degré de perspicacité dont un individu est capable est étroitement dépendant des facteurs affectifs. Selon les praticiens:

> ***« Les intelligences les plus aiguës deviennent faibles lorsque leur activité rencontre des obstacles inconscients*** [1]

Ainsi, l'affectivité est le fondement, la base. Elle exerce ses effets dans tous les domaines et à tous les niveaux de l'activité psychique, raison pour laquelle, CAN, avide de cette affection ,n'est pas motivée.

---

[1] Univers de la Psychologie, V_2, Ed. Lidis. P.245.

Au contraire, aller à l'école est une contrainte, une sorte de soumission.
C'est peut-être pourquoi elle dérange en classe, attire beaucoup d'attention, n'attend que l'heure de récréation pour qu'elle puisse aller jouer et surtout perd le matériel scolaire. Nous pouvons dire que la vie intellectuelle est portée par l'affectivité, celle-ci lui donne son dynamisme.
Par conséquent, une psychothérapie, un certain suivi régulier lui seraient d'une grande utilité pour tenter d'améliorer autant que possible l'équilibre de sa personnalité et sa place dans l'environnement familial.
Nos informateurs nous ont dit que CAN aime jouer, même à l'école quand la cloche sonne signalant la fin de la récréation, elle continue de jouer. De même à la maison quand on lui attribue des tâches à accomplir, elle se sent gênée et souhaiterait aller courir un peu partout, C'est-à-dire au jardin d'enfants, aux terrains de jeux plutôt que de travailler.
Il est vrai que les enfants aiment jouer. Mais dans le cas où le sujet ne veut pas changer d'activité et si on l'exige de vaquer à d'autres occupations, elle refuse ou exécute les ordres mais avec l'air hargne, morose; nous pouvons affirmer que le jeu lui procure un grand plaisir. L'activité ludique est avant tout, pour elle, le moyen de dominer les situations angoissantes. Pour elle, jouer c'est la liberté, le jeu lui procure la détente, entraîne la transformation de la structure close de conflits internes en structure ouverte tout en développant le champ relationnel.
De surcroît, la tante SOS nous a révélé que CAN a l'habitude de lui voler de l'argent et à sa mère SOS. Ceci apparaît dans ces propos:

> ***« Uwo mwana rero arakorakoza, iyo abonye amahera batanyegeye kure ari ku gitanda canke ku ntebe, aba ayiwanje canke aya mama aca ayatwara. Kandi arakunda kwiba n'-ibifungurwa kandi yari yariye ».***

Ce qui signifie:

> ***« Cette enfant à l'habitude de faire de petits vols. Quand elle voit de l'argent qu'on n'a pas pu cacher loin, sur le lit ou sur une chaise, que ce soit mon argent ou celui de la mère, elle le prend. Aussi elle a l'habitude de voler de la nourriture alors qu'elle a déjà mangé ».***

Nous devons donner ici une signification psychologique au vol d'argent uniquement dirigé vers sa mère ou sa tante SOS. Nous pensons que cette tendance fréquente et inquiétante à leur prendre de l'argent est un signe d'attachement profond. Par ce vol, CAN réclame leur affection. Cette affection est beaucoup recherchée par CAN d'autant plus qu'elle a connu beaucoup de mères dans cette maison familiale. Les enfants de cette maison n'ont pas bénéficié de l'encadrement familial stable et de l'affection maternelle suffisante.

Si l'on se réfère à BOWLBY, nous pouvons comprendre davantage le sens du vol dont se plaint sans cesse la tante SOS de CAN:

> ***« Certains vols dits de « compensation affective » se rencontrent chez des enfants qui souffrent d'un manque d'affection notoire ou méconnu (...). Tout se passe comme si le produit matériel du vol ou les satisfactions procurées ainsi aux autres pouvaient combler symboliquement le vide affectif béant du coeur du jeune voleur »***[(1)].

On comprend que CAN vole (« arakorakoza » selon sa tante SOS) pour exprimer ce manque d'affection dont l'instabilité des mères SOS en serait la cause.

Dans cette optique, dans l'étude des comportements caractériels J. NDAYISABA souligne également que:

> ***« Les causes du vol sont la carence affective, la recherche de sympathie et la tentative de compenser une infériorité ».*** [(2)]

[(1)] BOWLBY (J), L'attachement, Paris, P.U.F, 1978, P.88

[(2)] NDAYISABA (J), Cours d'orthopédagogie, Bujumbura, 1993. P.78

Néanmoins, nous avons remarqué à travers son comportement une certaine indifférence de la tante SOS vis-à-vis des sollicitations de l'enfant. Nous insistons sur la tante SOS parce que c'est elle qui est stable dans cette maison familiale, elle est là depuis longtemps. Ces enfants manifestent inconsciemment leur inconfort à travers les troubles de comportement qu'ils ont développés. Cette indifférence de la tante accentue d'ailleurs le laisser-aller que nous avons pu noter lors de nos différentes visites dans cette maison. Ceci s'est confirmé aussi lors de notre entretien avec elle:

> ***« Abo bana rero ni ibigaba, ntibashaka kubiheba, urageraguza wewe urabe mugabo nawe ngira ntaco uzoshikako. Kubera iki batoya badasoba, naravuze nararushe ».***

C'est-à-dire:

> ***« Ces enfants sont des paresseux, ils ne veulent pas se corriger, tu n'a qu'à essayer pour voir mais peut-être que toi aussi tu n'arriveras à rien. Pourquoi leurs cadets ne font pas pipi au lit, j'ai essayé jusqu'à me décourager ».***

Pour les enfants qu'elle prend en charge, la tante ne se soucie que de la satisfaction de leurs besoins primaires tels la nourriture, le logement, les soins de santé, etc. A notre avis, la tante ainsi que la nouvelle maman de cette maison devraient occuper la première place dans le redressement de leurs enfants et particulièrement CAN.

Nous nous sommes néanmoins rendu compte qu'elles ne se sentent pas directement concernées par le sort de ces enfants. Elles attribuent souvent la grande responsabilité à leurs supérieurs hiérarchiques qui sont rarement en contact avec les enfants et ceci maintient et renforce même les attitudes négatives dont nous avons déjà évoquées.

III.3. Processus thérapeutique.

Etant donné que ce cas est beaucoup plus sérieux par rapport à celui de CAKA, il lui faudrait une thérapie un peu spéciale. Il faut d'abord amener CAN à être consciente de son problème et de ses conséquences, ce qui est un travail ardu vu que son degré de culpabilité est quasi nul.

Il faut privilégier aussi certaines mesures dissuasives associées à une psychothérapie de soutien au cours de laquelle on tâcherait de lui donner beaucoup de conseils et ce d'une façon régulière et suivie.

Partant de l'hypothèse que son problème trouverait racine dans le fait que c'est une enfant issue de la grossesse non souhaitée, qui a connu de nombreuses difficultés que nous avons déjà signalées précédemment, une solution préconisable serait d'amener sa nouvelle mère et sa tante SOS à l'aimer davantage, à s'attacher beaucoup plus à elle pour réparer ce choc. C'est une stratégie utile pour aider l'enfant à traverser les phases les plus pénibles et les plus décisives de sa vie, à traverser les périodes primitives de son évolution primitive de façon à acquérir cette liberté intérieure. Mais elles doivent agir avec beaucoup de délicatesse pour ne pas faire d'elle une enfant gâtée.

Contrairement aux autres cas déjà évoqués, CAN ne fait pas de progrès. Jusqu'à maintenant, elle mouille son lit presque à la même fréquence qu'avant notre intervention d'après les dires de ses substituts parentaux et d'elle-même. Face à cette triste réalité, il serait utile de la soumettre au traitement spécifique chimiothérapique en l'occurrrence l'imipramine qui diminue l'excitabilité de la vessie et augmente sa capacité. Elle accroît la vigilance au cours de la 3^{e} période du sommeil et l'enfant est alors plus conscient des stimuli qui proviennent de sa vessie.

Néanmoins, nous sommes dans l'incapacité d'acheter ces médicaments pour la simple raison qu'ils sont coûteux et nous n'avons pas des moyens financiers exigés pour l'achat de ses médicaments.

CHAP IV. ETUDE DU CAS AWA.

IV. 1. Anamnèse

Née à Buterere en Mairie de Bujumbura, AWA est une fille adolescente âgée de 16 ans. Elle est orpheline de père depuis l'enfance, occupe le 4ème rang dans une fratrie de 6 enfants. Sa mère est encore en vie mais c'est une malade mentale. Au cours de la journée, elle sillonne tous les quartiers où elle peut arriver, erre sans destination. Le soir, elle rentre chez ses enfants, les grands frères de AWA qui habitent également à Buterere.

Selon nos informateurs, AWA a été abandonnée au cimetière de Nyabaranda par sa mère après l'avoir mise au monde. Elle a été sauvée par les gens qui s'étaient rendus à l'enterrement de leur proche.

Comme l'affirme sa mère SOS:

> ***« AWA batubwiye ko yatowe mu Nyabaranda,nyina wiwe ngo yamutaye akiri uruyoya, hanyuma abagiye guhamba baramutora basanga n-ubunyegeri buramaze kumurya ku gitsintsiri, baca bamujana muri Orphelinat yo kw-i Jabe mu nyuma aca aza ngaha muri Village ».***

C'est-à-dire:

> ***« On nous a dit que AWA a été trouvée à Nyabaranda, sa mère l'a abandonnée après l'avoir mise au monde. Puis ceux qui se rendaient à un enterrement l'ont récupérée. Ils ont trouvé que même les fourmis l'avaient déjà blessée à son talon. Ils l'ont emmenée à l'Orphelinat de Jabe et par après, elle est venue ici au Village ».***

Quand le village d'Enfants SOS de Bujumbura a ouvert ses portes, il a en premier lieu pris un nombre important d'enfants de l'orphelinat de Jabe dont AWA, pour les prendre en charge, les assister. Parmi ces enfants qui ont été transférés, la majorité était des garçons. Ces derniers menaçaient AWA et allaient même jusqu'à la surnommer Nyabaranda. Personne ne sait comment

ils ont su son passé. Les responsables du VESOS en l'occurrence la mère conseillère, les mères/tantes SOS ont vite réagi en décourageant cette mauvaise attitude et en avertissant les auteurs sur les sortes de récompenses (C'est-à-dire punitions) qu'ils auront s'ils continuent à la blesser dans son intimité.

AWA est actuellement une fille en âge pubertaire. Concernant l'hygiène corporelle et vestimentaire, rien à signaler, elle est dans les normes. Elles est accueillante, souriante et s'intéresse beaucoup aux visiteurs comme si ça lui procure un plaisir de nature compensatoire.

Mais cette enfant se caractérise par une instabilité dans sa vie quotidienne. Ceci transparaît dans les plaintes de sa mère SOS:

> ***« Ubu naho umengo arameze ukuntu, agacishamwo akavuga ibitameze neza, ngira yoba afise akarwara ka nyina ».***

Ce qui peut se traduire comme suit:

> ***« Actuellement, elle apparaît comme bizarre, des fois il arrive qu'elle dise des mots insensés, peut-être qu'elle a la maladie de sa mère ».***

Plus loin, sa mère affirme également:

> ***« Iyo umubwiye ikosa yagize ari mu bandi bana, aca arira akaba agité, akamena ibintu. Ubu iyo ngomba kumukosora nsigaye ndamuhamagara mu cumba turi babiri. Ni umuntu akunda kwikurako ikosa, akarondera uwundi yosunurirako, canke yobeshera kugira ntirimwagire ».***

Ce qui se traduit comme suit:

> ***« Quand on lui montre la faute qu'elle a commise étant en groupe d'autres enfants, elle pleure, s'agite, casse des objets. Maintenant quand je veux la corriger, je l'appelle dans ma chambre pour être à deux. Elle aime ainsi se disputer, cherche un autre pour lui faire supporter sa faute à sa place ».***

Sur le plan scolaire, AWA éprouve des difficultés considérables. Elle vient de

reprendre l'année, elle étudie encore en cinquième année primaire alors que les autres enfants du VESOS de même âge sont déjà à l'école secondaire au lycée H. GMEINER au niveau de la 8 ème-9ème du cycle inférieur.

IV.2. Discussion

De l'analyse psychosociologique des propos de AWA, de sa mère/tante SOS et de ce que nous avons observé lors de nos différentes visites dans sa maison familiale il en ressort que AWA n'a jamais été propre la nuit depuis sa naissance. Elle nous dit:*« Nakuze mbona binshikira ».*

C'est-à-dire: *« ça m'arrive depuis mon enfance ».*

Nous nous permettons donc de qualifier son infirmité d'énurésie primaire d'une fréquence de tous les jours comme c'est marqué sur sa fiche d'observation complétée par sa mère substitutive au cours de la pré-enquête.

Nous avons déjà dit que AWA a été abandonnée après sa naissance. Tout le monde pourrait imaginer l'ampleur de cette rupture sur la santé tant physique que psychique de cet être si fragile sur tous les plans.

En d'autres termes, AWA a connu une séparation totale et brusque. Elle est restée dans le lieu éloigné de la fréquentation des hommes pendant longtemps sans secours, sans soins après la disparition de sa mère biologique. Ce choc connu lors de sa prime enfance peut être à l'origine de ses troubles comportementaux notamment l'énurésie.

Selon les spécialistes:

> *« ... En effet le nouveau-né, normalement urine éveillé. Si, par défaut d'hygiène, il est habitué à macérer dans des couches humides, après une période où il manifeste son inconfort par des cris, il ne s'éveillera plus. On l'aura en quelque sorte rendu énurétique ».*[1]

---

[1] Univers de la psychologie, V_3, Paris, Ed Lidis. 1981 P.421.

La période d'après la naissance est caractérisée par le fait que l'enfant est dépendant physiquement et psychiquement de ses parents, et en particulier de sa mère. L'angoisse naît dès qu'il y a coupure, séparation que l'enfant n'a plus de contact avec sa mère. Les manifestations des traumatismes issus de ce choc sont des réactions qui sont très souvent liées à cette angoisse de séparation à cette période de développement.

Actuellement, AWA est inquiète de l'état de santé de sa mère biologique. Ses aînés ont commis l'erreur de lui dire que c'est elle qui a causé la maladie dont souffre sa mère. Ceci apparaît dans ses propos:

> ***« Maman wanje aracariho mugabo ntakomeye neza. Ahora aza kundamutsa, sinzi ingene yamenye ko ndi ngaha. Nk-iyo ngomba kumuganiriza, aca ambwira ngo ni mpore, agaca agenda nko hanze, agahagarara, ukaza ubona aratwenze canke akagaruka. Bakuru banje bambwiye ngo yatanguye gusara ari uko amvyaye, nanje bigaca bimbabaza cane ».***

C'est-à-dire:

> ***« Ma mère est encore en vie mais elle n'est pas bien portante. De fois elle vient me rendre visite, je ne sais pas comment elle a su que je suis ici. Quand je veux causer avec elle, elle me dit de me taire, sort de la maison et s'arrête, éclate de rire ou revient. Mes grands frères m'ont dit que c'est avec ma naissance qu'elle est devenue folle et ça me rend tout triste ».***

Ainsi, AWA est accusée d'être responsable de l'état psychique de sa mère dans la mesure où avant sa naissance, sa mère était bien portante, en bonne santé d'après les dires de ses grands frères. Ces accusations, associées à l'angoisse de séparation qu'elle a connue après sa naissance et qu'elle avait déjà refoulée dans son inconscient ne peuvent pas laisser intacte sa santé psychique.

Pour faire face à cette situation, AWA a développé des mécanismes de

défense de nature pathologique dans la mesure où elle n'accepte jamais une faute commise, elle ne reconnaît pas facilement qu'elle s'est mal comportée devant une situation quelconque. Quand on la blâme en vue de la corriger, elle change d'humeur, s'agite, affirme que tout le monde est contre lui, qu'elle est le bouc émissaire, ect.

De peur de provoquer de telles réactions, nous avons remarqué une faible implication de sa mère et de sa tante SOS dans le processus de redressement du cas. Là aussi l'indifférence qu'elles manifestent à l'égard de cet enfant peut susciter un sentiment de rejet vécu et ressentie par l'enfant comme une sorte d'abandon. Avant notre intervation, les substituts parentaux d'AWA savaient que l'enfant est comme sa mère de sang, que celle-ci lui a légué sa maladie. Au niveau évolutif, elles avaient retenu le surgissement des facteurs héréditaires.

Ainsi, nous avons démystifié ces fausses idées en invitant sa mère/tante SOS à s'occuper davantage de l'enfant, de lui témoigner une affection nécessaire pour qu'elle soit équilibrée au niveau psychoaffectif parce que l'enfant avait besoin de retrouver un environnement qui lui offre la garantie d'un épanouissement équilibré. Elles ont vite exaucé ma demande car, actuellement, AWA ne se plaint pas des relations avec sa mère/tante SOS. Elle affirme que sa mère l'aime, fait tout pour les enfants qui sont à sa charge et inversement, elle l'aime aussi.

Nous avons constaté également lors de nos différentes visites que cette enfant a des capacités organisatrices qui méritent d'être louées. Elle ne tolère pas le désordre dans la maison, fait la cuisine, surtout quand la maman ou la tante ne sont pas là.

Les informations recueillies sous-tendent de multiples réalités qu'il faut déceler. Ainsi, nous avons constaté que AWA est parmi les rares enfants du VESOS qui ne réclament pas d'aller, pendant les vacances, visiter son milieu d'origine, sa famille de sang alors que celle-ci n'est pas loin de la capitale.

Ceci prouve que cette enfant n'a pas du tout la nostalgie des membres de sa famille. Nous pensons que cette indifférence envers eux serait liée au fait qu'elle a été accusée d'une certaine manière d'avoir été responsable de la maladie de sa mère, ce qui l'a vexée dans son intimité. Elle se sent coupable et ne souhaite pas qu'on le lui rappelle (c'est pour cela qu'elle essaie de garder un espace de personnalité) au risque de menacer l'intégrité de son moi. De surcroît, AWA connaît pendant la nuit un sommeil agité avec parfois des cauchemars. A ce propos, elle nous dit ***« Nkunda kurota bagiye kutwica »***. C'est-à-dire: ***« Je rêve souvent qu'on va nous tuer »***. Cela nous montre qu'elle vit une instabilité affective.

D'une façon générale, l'enfant a été élevée dans des conditions misérables, peu chaleureuses, en dehors de la présence parentale à l'orphelinat de Jabe. Nous pouvons considérer la disparition de sa mère naturelle, quand l'enfant était encore bébé, comme étant l'élément central du traumatisme affectif qui torture le sujet. En effet, cet événement constitue la perte de l'objet anaclitique qui a occasionné un choc émotionnel intense, une angoisse qui peut entraîner des bouleversements profonds.

Et dans le développement ontogénétique, AWA était dans une période sensible aux effets de choc. La force du traumatisme a été suffisante pour mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces, d'où le développement d'une gamme de manifestations de défenses pathologiques susmentionnées chez cette fille. L'absence des figures parentales et surtout de la mère au premier refuge, C'est-à-dire à l'orphelinat de Jabe a contribué également dans l'édification des troubles du comportement chez l'enfant en l'occurrence l'énurésie ainsi que les troubles de caractères -notamment la nervosité, l'irritabilité, l'émotivité dans le sens où AWA est souvent ébranlée intensément par des événements minimes, banales, par exemple les blâmes, l'agression de ses pairs, etc.- liquidant une tension émotionnelle à base d'insécurité de nature affective.

IV.3. Processus thérapeutique.

AWA a connu une rupture affective due à la séparation d'avec la mère dès sa prime enfance. Ainsi toute démarche thérapeutique doit accorder une attention particulière à l'aspect affectif de l'enfant dans la mesure où l'affectivité constitue, en effet, la dynamique de l'existence. Si l'affectivité est désorganisée, les autres aspects de la personnalité le sont également.

AWA a donc besoin d'un environnement qui lui offre un soutien psycho-affectif en vue de combler le fossé, réparer le choc qu'elle a connu dans les moments où elle devait dépendre physiquement et psychiquement de sa mère. Nous avons ainsi invité sa mère/tante SOS de s'intéresser beaucoup à elle, de déployer beaucoup d'efforts en l'encourageant suivant les progrès qu'elle réalise, lui garantir un avenir meilleur si elle parvient à rompre définitivement à faire pipi au lit.

A titre illustratif, nous lui avons promis de nous adresser au Directeur du VESOS pour solliciter son transfert dans les homes de grandes filles si elle parvient à ne plus mouiller son lit. Il a fallu lui montrer l'utilité de la revalorisation de soi-même et de la remise en confiance. La jeune adolescente doit être écoutée, ses opinions personnelles encouragées, un accueil chaleureux et bienveillant doit lui être réservé. Puisque c'est une fille en période d'adolescence, le dialogue est indispensable, non seulement pour permettre une verbalisation des conflits, mais aussi pour fournir à l'enfant des explications de ses problèmes, lui proposer des solutions et l'encourager à participer à des activités éducatives et sociales, etc. C'est pour cela que nous l'avons persuadée de faire partie des groupes de danse, de musique, de mouvement d'action catholique du VESOS.

De plus, puisqu'elle est âgée, nous lui avons proposé une sorte d'éducation vésicale qui consiste à essayer de résister dans la mesure du possible au besoin et d'espacer les mictions, ce qui aura à terme augmenté la capacité vésicale. Mais ce type de rééducation ne s'adresse qu'à des enfants

suffisamment grands auxquels on aura pu expliquer le caractère fonctionnel de leur trouble et désireux de guérir. Nous tenons à lever cette équivoque parce qu'il y a des enfants à tendance retentionniste mais ce ne pas notre cas. Pour ceux qui le sont, on suggérerait leur fréquence mictionnelle.

Après l'applicationdestoutes ces mesures dissuasives, AWA a fait de progrès spectaculaires qui méritent des louanges. Elle ne mouille plus son lit la nuit d'après les propos de ses substituts parentaux.

CHAP.V. ETUDE DU CAS INE

V.I Anamnèse

INE est un garçon qui, manifestement, ne présente pas de difficultés au niveau physique. Il est en bonne santé. L'enfant est éveillé mais peu souriant. Il est réservé. C'est un jeune garçon qui approche l'adolescence parce qu'il a douze ans et demi. Il aime jouer avec les autres tant au Village qu'à l'école. Il a beaucoup d'amis d'après lui. S'agissant de la fratrie, ce garçon est né d'une famille unie ayant 8 enfants dont 4 garçons et 4 filles. Il occupe le sixième rang. Parmi ses aînés, les uns se trouvent actuellement chez leur grande soeur, mariée qui habite à Kanyosha. Les autres se trouvent à Makamba chez leurs membres de la famille.

Sa famille a été disloquée par la guerre. Ses parents ont été tués lors de ces événements sanglants survenus au pays à partir d'octobre 1993. L'enfant a vu sa mère, son père, un de ses frères mourir, tués par des voisins qui les pourchassaient avec des lances et des machettes. La guerre a donc emporté ses parents et un de ses frères a été porté disparu. INE a été témoin de la violence qui s'est abattue sur ses proches et il a vu des cadavres et des corps mutilés. Il a été sauvé de justesse, il a pu se cacher. Il nous dit:

> ***« Icambabaje n-uko nabuze abavyeyi mu ngwano, nari mfise imyaka nk-itandatu. Twari twinyegeje ahantu mu nzu, baca batwara mama kumwica, twebwe ntibatubonye ».***

C'est-à-dire:

> ***« Ce qui m'a fort choqué, c'est que j'ai perdu mes parents pendant la guerre. J'avais à peu près 6 ans. Nous étions cachés dans une maison, ils ont amené ma mère pour la tuer, nous, nous avons échappé à leur vue ».***

INE et son petit frère ont passé beaucoup de jours sans aucune assistance, sans manger avant leur arrivée chez un voisin. Celui-ci les a vite cachés et

envoyés par après dans un camp de déplacés.

INE a donc été témoin oculaire de la violence. Il précise qu'il a assisté à la mort de ses parents et voisins. Il dit qu'il ne connaît pas exactement les bourreaux de sa famille mais qu'il avait déjà vu des figures semblables puisqu'ils étaient des voisins. INE souligne qu'il ne mange plus de la viande:

> ***« Jewe nta nyamandya, mugabo ingwano itaraba narazirya. Mugabo mvuyeyo sinasubiye kuzirya, n-isosi yazo ntayo nanywa. Narigeze gupima kuyinywa nca ndahagurwa. Mugabo ubu isosi ntaco, icananiye gusubira ni inyama ».***

Nous pouvons traduire cela comme suit:

> ***« Moi je ne mange pas de la viande, mais avant la guerre j'en mangeais. Après je n'en ai plus mangé, même de la sauce préparée avec je ne pouvais pas la prendre. J'ai essayé un jour, j'ai failli vomir. Mais actuellement, la sauce ne me cause aucun problème, ce qui m'a dès lors été impossible à consommer, c'est de la viande ».***

Pour ce qui est de la dynamique relationnelle dans le milieu de vie actuel, c'est-à-dire au Village, l'enfant n'a pas de problèmes avec ses pairs et témoigne du respect envers les mamans/tantes SOS du Village. Ceci apparaît dans les propos de sa mère substitutive.

> ***« Ameze neza muhira, ndamutumye aragamburuka, eka n'abandi ba mama bamwikozeko ntabagambararira ».***

C'est-à-dire:

> ***« Il est bien à la maison, quand je lui dit de faire quelque chose, il s'exécute facilement. Même si d'autres mamans ont besoin de son aide, il ne refuse pas. »***

C'est un enfant responsable, quand sa mère ou tante ne sont pas là, il fait les travaux ménagers à leur place. C'est lui le plus âgé de tous les enfants de la même maison familiale. Un jour sa tante SOS s'était rendue à l'Hôpital et sa mère était en congé. Nous lui avons trouvé en train de faire la cuisine, de

distribuer les rôles à ses petits frères (c'est-à-dire ceux de la même maison familiale), de coordonner les activités, etc. Nous avons observé toute la scène et nous avons constaté qu'il a le sens de la responsabilité, ce qui est un aspect positif.

Une autre chose à signaler c'est que INE habite la même maison familiale que CAN. Celle-ci est sa petite soeur comme les gens du Village ont l'habitude de le dire: tous les enfants de la même maison familiale sont des frères et soeurs. Mais nous tenons à signaler que INE a son petit frère de sang au Village et ils habitent ensemble.

Ce que nous voudrions mentionner, c'est que les enfants de cette maison ont connu beaucoup de mères SOS. La première qui a débuté avec le Village s'attachait beaucoup aux enfants d'après les dires de la mère conseillère et ses enfants l'aimaient beaucoup. Mais après quelques années , elle a quitté le Village pour se marier. Celle qui l'a remplacée n'était pas efficace au même titre que la première. Elle aussi est partie après quelques temps.

La troisième était là quand nous faisions le stage ordinaire au VESOS. De même, elle n'a pas passé beaucoup de temps au VESOS. Le comble de malheur, cette dernière a déserté. Elle n'a pas averti les autorités administratives, elle est partie comme si elle prenait congé et elle n'est plus revenue.

Actuellement, il y a une quatrième maman qui n'a pas encore deux mois au VESOS. Heureusement pour les enfants que la tante est restée toujours là.

Ainsi, nous pouvons affirmer que cette succession de mères a des conséquences néfastes sur la santé psychique des enfants: la perturbation de l'affectivité avec tout ce que cela a pour conséquence dans la personnalité de ces enfants.Cette perturbation de l'affectivité peut avoir des répercussions sur les fonctions cognitives et cela peut être à l'origine des faibles résultats scolaires qu'enregistrent la majorité d'enfants de cette maison familiale.

V.II. Discussion

Contrairement aux cas précédents, INE était propre avant la guerre. Il a l'énurésie secondaire, c'est-à-dire que son énurésie est survenue après un intervalle de propreté, il a régressé après qu'il ait acquis un contrôle des sphincters. Cela veut dire qu'il ne mouillait pas son lit avant les événements sanglants de 1993 comme il nous l'affirme lui-même ***« Avant la guerre, je ne faisais pas pipi au lit la nuit ».***

Sa tante a également épousé cette idée:

> ***« Batubwiye ko yatanguye gusoba mu gitanda akuze, inyuma y-ingwano. Nababwiye ko n-inyama yazihevye kuzirya, ngira vyoba vyatewe n-ivyo yabonye mu magume »***

Cela peut se traduire comme suit:

> ***« On nous a dit qu'il a commencé à faire pipi au lit plus tard, après la guerre. Je vous ai dit aussi qu'il ne mange plus de la viande, peut-être ça a été dû à ce qu'il a vu pendant la guerre ».***

D'après ces propos, nous nous permettons d'affirmer que INE souffre de l'énurésie secondaire. Selon sa fiche d'observation, la fréquence de son énurésie est de tous les jours.

Ainsi, l'enfant a subi un traumatisme qui l'a fait régresser aux stades inférieurs de développement psychologique. En effet, l'analyse de toutes les informations recueillies sur INE établit un certain nombre d'éléments auxquels les processus psychologiques font allusion. Les événements qui ont marqué et/ou choqué sa vie affective peuvent émaner de plusieurs situations. Grossomodo, ils sont de deux catégories:

La mort de ses parents et un de ses frères ainsi que la peur atroce que l'enfant a vécue au moment de sa cachette pendant la guerre puisqu'il a été témoin oculaire de la violence. Avec le premier choc (perte de ses parents), INE n'a pas pu retrouver une rapide adaptation car il a continué à

vivre un deuil prolongé. Comme il était surtout attaché d'une façon vive à sa mère, il est difficile de l'oublier, affirme-t-il. Une telle perte a laissé INE dans des conditions difficiles car toute la famille a, par conséquent, été disloquée. Les uns se trouvent chez sa grande soeur, les autres chez d'autres membres de la famille élargie. Il ne reste qu'avec son petit frère au Village.

En outre, cette angoisse de séparation qui a été occasionnée par la perte de ses parents permet d'obtenir une vue plus précise des liens qui l'unissaient à ses parents et à sa famille. Pas mal d'auteurs ont montré la place de la séparation et de la perte en psychopathologie.

A titre exemplatif, nous pouvons citer Freud et Bowlby. Alors que le premier a insisté sur les théories de l'angoisse et les mécanismes de défense, le second explique le phénomène d'attachement et de perte chez l'enfant.

Au sujet de la séparation, de l'angoisse et de la colère, Bowlby met en évidence trois phases normales franchies en cas de perte d'objets d'attachement:

> ***« Ainsi la phase de protestation soulève-t-elle le problème de l'angoisse de séparation celle de désespoir, celui du chagrin et de deuil; celle de détachement; celui des mécanismes de défense ».*** [1]

Concernant le second choc, après la mort de ses parents INE est resté caché dans une maison où il se trouvait, sans secours, sans assistance. Il est resté un long moment dans la cachette isolée où il lui était incapable de parler et d'échanger avec le monde extérieur. Il était sous une menace de mort imminente. Cette situation s'est ajoutée à la douleur morale causée par la perte de ses parents et cela a provoqué une forte tension psychique. Son psychisme a été tellement assiégé par ce vécu dramatique que les efforts pour l'éviter sont devenus une tâche pénible.

---

[1] BOWLBY (J), Attachement et perte, V_2, Paris, P.U.F, 1973, P.49

Cette situation catastrophique a dépassé le seuil de capacité psychique de l'enfant et a provoqué des troubles de comportement en l'occurrence l'énurésie.

En d'autres termes, nous pouvons dire que les troubles de comportement de cet enfant ont été causés principalement par la disparition de ses parents avec tout ce que cela implique comme perte de repères, surtout affectifs, douleur morale d'avoir perdu tout ce qu'il avait de plus cher dans des conditions extrêmement atroces. Le vécu de tous ces événements qui se sont soudainement abattus sur l'enfant s'accompagne d'une perturbation, et parfois même d'une destruction massive de l'appareil psychique.

Un autre fait important affectant la vie sociale et affective de INE est l'instabilité des mères SOS de cette maison familiale. Cette instabilité de substituts parentaux ne fait que provoquer les sentiments d'abandon chez les enfants qui sont sous leurs auspices. Il est utile d'expliquer « sentiment d'abandon » pour pouvoir comprendre les conséquences qui peuvent surgir en cas de cette situation d'abandon.

Selon LAFON:

> ***« C'est le contenu affectif vécu plus ou moins inconsciemment sur un plan imaginaire, habituellement sans rapport avec une situation réelle d'abandon, parfois lié à une situation de semi-abandon, mais souvent constitué par une conviction ou une crainte irrationnelle de perdre ou d'avoir perdu l'amour de ses parents, possiblement dans une circonstance réelle favorisante ou déclenchante, par exemple dans le cas d'attitude trop froide ou trop rigide de la mère ou de discordes parentales ou à l'occasion d'une séparation fortuite ou de la venue au monde d'un frère ou d'une soeur, ou même par pur***

fantasme (à base de culpabilité) ».[1]

La succession des figures maternelles qui s'occupaient de l'enfant a provoqué des carences affectives dans la mesure où si l'enfant s'était déjà fortement attaché à la première mère substitutive et qu'il y a rupture brusque de cet attachement à cause du départ de la mère, quelles que soient les raisons, il lui est difficile de déplacer cet attachement et/ou affection et de l'investir dans une autre figure maternelle nouvellement apparue. Cela peut entraîner, chez les enfants qui sont normalement fragilisés au niveau psychique suite aux problèmes qu'ils ont connus dès leur prime enfance, une tendance régressive à des positions infantiles.

V.III. Processus thérapeutique.

Nous savons déjà que INE a régressé suite au traumatisme psychique qu'il a subi aucours de la guerre d'octobre 1993. Ce traumatisme a été dû à la perte de ses objets d'amour (ses parents) et probablement aussi à la dislocation de toute la famille qui était auparavant en commun accord, en pleine harmonie.

Pour remédier à cette situation, nous avons suggéré à la mère/tante SOS de montrer à l'enfant qu'il a trouvé un milieu sécurisant et stable semblable à celui d'avant. Outre un réconfort psychique, cela permet à l'enfant de construire de nouveaux repères. Les autres formes de psychothérapie qui ont été conseillées basée sur l'expression, chant, danse, musique, jeu sont également très utiles pour permettre à l'enfant de verbaliser ses conflits. Nous avons profité de la présence d'un encadreur chargé d'exercer les enfants qui s'intéressent à la musique pour persuader INE de participer régulièrement dans ces activités mais apparemment il ne s'y intéresse pas. A peine il peut assister quand ceux qui font partie de ce groupe

---

[1] LAFON (R), Vocabulaire de psychopédagogie et de Psychiatrie de l'Enfant, Paris, P.U.F, 1963, P.1.

sont en train de faire des play-back.

Le dialogue est indispensable. Nous nous sommes entretenu maintes fois avec lui dans le but de reconstruire et de remettre au grand jour les couches psychiques de l'inconscient les plus cachées pour enfin les liquider, ce qui est une sorte de détraumatisation.

Malgré tous ces efforts consentis, son énurésie s'est révélée rebelle à toutes ces mesures dissuasives que nous avons préconisées. INE mouille encore son lit d'une fréquence considérable. Il faut donc favoriser davantage l'évolution de l'état psychologique de l'enfant en passant par un suivi régulier au sein de sa famille d'accueil ou maison familiale.

En effet, puisque son énurésie n'est pas encore guérie, c'est qu'il y a encore quelques complications ou résistance de la part de INE et CAN. Pour remédier à cette situation, il faut tenter une seconde thérapie. Il faut recourir au traitement chimiothérapique comme nous l'avons déjà évoqué chez CAN associé à une nouvelle psychothérapie (nous insistons surtout sur celle-ci) où le psychologue doit le faire cette fois ci selon un horaire fixe pour éviter des interruptions qui pourraient engendrer de la négligence et des rechutes.

Toutefois, nous n'avons pas répondu à cette exigence, faute de temps et de moyens.

CHAP. VI. LE PSYCHODRME THERAPEUTIQUE.

VI.1. Son historique.[1]

Il a été inventé en 1923 par J.L. Moreno à une période de « renouveau de l'art dramatique dans le but de faire du théâtre un lieu vivant où spectateurs et acteurs participent à une émotion collective ». Pour Moreno, les concepts fondamentaux de sa technique sont la spontanéité et le rôle: spontanéité, mélange « d'intensité dramatique et d'authenticité ». Le rôle est un des constituants de la personnalité, faite des rôles sociaux ou privés qui peuvent entrer en conflit. L'animateur de psychodrame a essentiellement pour fonction d'inviter les patients à inventer et jouer des scènes choisies à partir de problèmes personnels. Un certain nombre de procédés: jeu en double, renversement de rôles, amènent à une prise de conscience de ces conflits de rôles. Ces psychodrames sont largement utilisés aussi chez l'enfant, psychotique ou non, qui a de la difficulté à verbaliser ce qui se passe, ce qu'il ressent, sa position à l'égard de sa famille.

II.2. Application du psychodrame.

Dans le souci de compléter les thérapies appliquées aux enfants qui ont été retenus pour l'étude, nous avons entrepris d'appliquer le psychodrame.

Le psychodrame est, en effet, une méthode de psychothérapie dont le but est d'opérer chez un sujet la prise de conscience des attitudes et des rôles affectivement joués, le réveil de la spontanéité comme capacité d'inventer les rôles adaptés, et de se débarrasser des attitudes chroniques ou des conditionnements acquis.

---

[1] Univers de la psychologie, V_3, Paris, Lidis, 1981,.P488

En outre, le psychodrame met le sujet dans des situations qui sont pour lui affectivement chargées et le sujet doit les jouer comme acteur sur une scène organisée dans ce but et devant un public. Des techniques spéciales comme les aides thérapeutiques ou l'inversion des rôles facilitent l'action du sujet. Le sujet joue en quelque sorte une scène de la vie quotidienne.

En d'autres termes, le but du psychodrame est de provoquer l'extériorisation des conflits personnels de sujets présentant des troubles psychologiques et de permettre leur analyse par le psychothérapeute, meneur de jeu, ainsi que leur résolution. Ainsi nous avons tenté dans la mesure de nos moyens d'administrer le test aux enfants.

VI.3. Les modalités de son application.

Nous avons de prime abord commencé par causer avec les enfants (parlant de tout et de rien) pour dissiper la peur de parler de certains enfants.. Cette phase préliminaire de mise en confiance nous a été d'une grande utilité dans la mesure où par la suite, ils ont été spontanés dans leur expression. Cette phase terminée, nous avons fait passer le test proprement dit.

En mettant les enfants dans un contexte précis à savoir la situation familiale, nous les avons invités à jouer une scène qui leur venait à l'esprit. Nous avons laissé libre cours à leur spontanéité dans le choix des rôles qu'ils allaient jouer à savoir le rôle de père, de mère et celui des enfants. En jouant, nous avons été épaté de constater que les enfants relataient presque exclusivement la vie quotidienne en famille. Celui qui avait joué le père donnait les ordres aux enfants un peu comme s'il s'agissait d'un père au vrai sens du terme. Là nous avons insisté un peu en lui demandant comment elle a réussi à bien jouer le rôle du père alors qu'au VESOS il n'existe pas de pères qu'elle pourrait imiter. Comme réponse, elle nous a dit qu'au cours des vacances elle a

l'habitude de se rendre chez son parrain et que c'est celui-ci qu'elle a pris pour modèle.

AWA qui avait joué la mère a réellement incarné son rôle: pendant que les enfants étaient à l'école, elle leur préparait à manger et à leur arrivée, elle les a tous salués tendrement puis leur a donné à manger. Bref, toutes les scènes que les enfants ont jouées relataient la vie familiale au Village.

Par le biais de cette séance de psychodrame, les enfants nous ont révélé certaines réalités en rapport avec les conflits enfants-éducateurs que nous ignorions jusque là. Nous ne pouvions pas nous représenter que certains n'aiment pas leur tante allant même jusqu'à lui souhaiter un mauvais sort ou la battre. Quand nous leur avons demandé comment ils pourraient y parvenir, ils nous ont répondu qu'ils profiteraient circonstanciellement de la coupure du courant pour le faire.

C'est aussi par le biais de cette séance de psychodrame que nous avons ciblé davantage les cas dont leur énurésie s'est révélée rebelle. En effet, leur attitude pendant la séance a été conforme à nos attentes.

A titre exemplatif CAN restait silencieuse, le regard fixé au sol un peu comme si elle était désintéressée. Après la séance nous l'avons demandé pourquoi elle n'a pas participé activement lors de la séance. Elle nous a répondu qu'elle a été désintéressée par le sujet. INE n'a pas non plus été bavard lors de la séance. Nous avons eu beau le stimuler, le motiver mais en vain. Par après, nous avons constaté que ces enfants qui n'aiment pas leur tante et dont leur énurésie s'est révélée rebelle sont de la même maison familiale. Si nous avions eu du temps suffisant, nous aurions poussé nos investigations plus loin pour connaître à fond le caractère, la personnalité de cette tante qui est souvent l'objet d'agressivité de ses enfants.

En définitive, ce test nous a donné des résultats escomptés. En effet, les scènes jouées reflétaient la vie quotidienne au Village et nous avons constaté à travers le déroulement du psychodrame la manière dont ils

souhaitent être traités par leurs substituts parentaux. Nous avons également pu découvrir les conflits existant entre certains enfants et leur encadreuse que nous n'avions pas perçus au cours de nos visites permanentes au Village et des entretiens menés avec ses enfants et leurs mères/tantes SOS.

CHAP.VII. ROLE DE LA MERE DANS L'EVOLUTION AFFECTIVE DE L'ENFANT: LE LIEN DE L'ENFANT A SA MERE ET L'INCIDENCE DE LA SEPARATION PRECOCE SUR LA SANTE MENTALE DE L'ENFANT.

VII.1. Le lien de l'enfant à sa mère.

Pour comprendre la réaction d'un enfant à la séparation d'avec la mère ou à la perte de celle-ci, il est nécessaire de comprendre le lien qui l'attache à cette figure maternelle. En effet, la relation de la mère avec son bébé est une relation d'amour, d'affection. La mère est conçue par l'enfant non seulement comme dispensatrice de biens, mais aussi comme source de protection. On peut le remarquer à travers l'attachement qu'elle manifeste et les soins qu'elle porte à son enfant.

Les psychanalystes ont été unanimes à reconnaître que la première relation humaine de l'enfant est la pierre angulaire de sa personnalité. Ainsi si les bébés de l'homme doivent finalement évoluer jusqu'à devenir des individus adultes, sains, indépendants et socialisés, il est absolument nécessaire qu'ils aient un bon départ. Dans la nature, ce bon départ est assuré grâce à l'existence d'un lien entre la mère et le bébé, grâce à l'amour. Nous nous intéressons ici à la relation de la mère avec son bébé juste dès la naissance et au cours des premiers jours et des premières semaines qui suivent. Nous essayons d'attirer l'attention sur la contribution immense que la bonne mère normale apporte au début avec l'aide de son entourage familial, une contribution qu'elle apporte en se dévouant tout simplement à son bébé.

Les soins à donner à un nouveau-né forment un travail continu et ils ne peuvent être bien donnés que par une seule personne, c'est-à-dire sa mère car c'est elle qui est la mieux placée. Donc, le lien entre la mère et son bébé est très puissant, fondamental au début. Selon Winnicott:

> ***« Il faut comprendre à quel point le nouveau-né a absolument besoin de l'amour de sa mère. La santé de l'adulte se forme tout au long de l'enfance, mais les fondations de cette santé, c'est vous, la mère, qui les établissez au cours des premières semaines et des premiers jours de l'existence de votre bébé ».***[1]

Donc l'enfant a un certain nombre de besoins physiologiques auxquels il faut répondre, il a besoin en particulier de la nourriture et de chaleur. Si le bébé s'intéresse et s'attache à une figure humaine spécialement à sa mère, c'est que celle-ci les assouvit. L'enfant apprend ainsi qu'elle est la source de sa gratification.

L'enfant a également un besoin inné du sein, il a besoin de le sucer et de le posséder oralement. L'enfant apprend en son temps que le sein fait partie de la mère et de la sorte il établit aussi une relation avec elle. L'allaitement est affaire de relation entre la mère et le bébé, c'est la mise en pratique de leur relation d'amour.

Partant, l'enfant a besoin de la chaleur de la mère et également de son amour. Il faut être en mesure de lui apporter l'aide qu'il désire, exactement au moment où il la désire. Il faut qu'une mère protège son bébé d'une déception trop précoce ou trop directe. Et Winnicott ajoute:

> ***« Le développement affectif d'un bébé commence dés le début de sa vie. Si nous devons juger la manière dont un être humain se comporte avec les autres et voir comment il construit sa personnalité et sa vie, nous ne pouvons pas nous permettre de laisser de côté ce qui se passe au cours des premières années et des premiers mois de son existence, et même au cours des premières semaines et des premiers jours ».*** [2]

Nous remarquons que les premiers moments succédant la naissance nécessitent une attention particulière. C'est pour cela que les vrais soins d'un

---

[1] WINNICOTT (D.W), L'enfant et sa famille, Paris, Payot, 1978, P.24.
[2] WINNICOTT (D.W), Op.Cit, P133.

bébé ne peuvent provenir que du coeur. Le bébé qui est soigné par une mère ou nurse, en fait bien intentionnée, mais qui croit que pour les bébés, il suffit de satisfaire leurs besoins physiologiques et anatomiques, a un mauvais départ. Il est certain que l'enfant sera bien nourri, il pourra grandir et acquérir une bonne santé physique. Mais, à moins que la mère ne puisse voir dans le nouveau-né un être humain, il y a peu de chance que la santé mentale soit fondée solidement, de manière que l'enfant puisse avoir plus tard une personnalité riche et équilibrée, une personnalité qui pourra non seulement s'adapter au monde, mais aussi faire partie d'un monde qui exige une adaptation.

Toutefois, il ne faudrait pas conclure que tous les bébés qui sont nourris et soignés avec sensibilité par une mère dévouée arrivent nécessairement à une santé mentale complète. Même lorsque les premières expériences sont bonnes, tout ce qui est gagné doit être consolidé plus tard.

Il ne faudrait pas conclure également que tous les bébés qui sont élevés dans des institutions ou par des mères, nurses qui n'ont pas pu satisfaire à toutes ces exigences ou qui manquent d'imagination sont voués à un déséquilibre mental. Les choses ne sont pas aussi simples.

En définitive, la relation mère-enfant est une relation dans laquelle la dépendance de l'enfant exige énormément de la mère dans les premiers jours. L'amour maternel est à la fois bienveillance et échange; la personnalité de la mère et son comportement, ses attitudes et réactions auront une influence sur l'avenir de l'enfant. C'est par cet amour maternel que l'enfant se sent en sécurité. C'est aussi autour de cet amour que vont s'ordonner ses relations avec les autres membres de la famille d'abord et puis avec l'entourage. Cet amour n'est pas une fin en soi car de sa qualité dépendra le comportement futur de l'enfant.

Mais au fur et à mesure que l'enfant grandit, sa dépendance vis-à-vis de la mère diminue et elle peut lui imposer certaine autorité. A titre exemplatif lors

de la phase oedipienne, la mère sera pour son fils un objet d'attachement et pour sa fille en même temps une rivale aimée et un objet d'identification idéal.

A la période de l'adolescence, le rôle de la mère diminue sensiblement pour le garçon mais pour la fille, c'est la période d'apprentissage des règles de conduite et des valeurs morales afin de la préparer à fonder son foyer. Une fille bien éduquée fait la fierté de sa mère, tandis que dans le cas contraire, c'est déshonorant pour toute la famille, surtout pour la mère.

VII.2. L'incidence de la séparation précoce sur la santé mentale de l'enfant: Carences affectives précoces.

Nous venons de voir combien la mère joue un rôle primordial dans le développement équilibré d'un bébé. La vie affective de l'enfant, le plaisir qu'il trouve dans ses échanges avec sa mère représentent des éléments déterminants dans l'ensemble du développement de l'enfant. Nous allons ensuite voir l'incidence de séparation précoce sur la santé psychique de l'enfant.

En effet, cette séparation précoce d'avec la mère entraîne les carences affectives précoces. Nous voulons signifier par cette expression un défaut d'apports d'éléments affectifs, un défaut de contacts, une insuffisance de liens affectifs et des soins donnés par la mère. Il ne s'agit donc pas seulement d'une carence affective totale mais aussi d'une relation quantitativement et qualitativement lacunaire. Notons d'abord que la séparation d'un nourrisson d'avec sa mère n'est génératrice de carence que si l'enfant est placé dans un milieu où l'interaction avec un substitut maternel est insuffisante. Nous disons cela dans la mesure où les enfants qui ont fait l'objet de notre étude ont transité à l'orphelinat de Jabe hormis INE parce que c'était la seule institution qui accueillait les orphelins à l'époque avant la création du VESOS

Bujumbura. Nous avons visité cet Orphelinat et nous avons eu l'occasion de contacter le responsable et les encadreuses de l'orphelinat pour nous enquérir des informations concernant l'organisation, le fonctionnement dudit Orphelinat. Ainsi cette institution, n'était pas suffisamment organisée pour favoriser l'épanouissement de l'enfant et son développement équilibré. Les nurses s'occupaient des enfants selon leur disponibilité, sans toutefois dire que telle nurse est chargée exclusivement de telle ou telle autre chambre. Elles étaient réparties dans différentes chambres selon les nécessités du moment. Ces nurses étaient réparties en deux équipes qui se relayaient. Pour celui qui travaillait la journée, elle se rendait au service précisément à 16 h, y passait la nuit et toute la journée du lendemain pour rentrer vers 16h 30 après avoir présenté les activités restant à faire, les problèmes des enfants s'ils en ont, puis elle rentrait pour revenir le lendemain à 16 heures.

Cette instabilité des nurses ne favorisait pas l'interaction avec les enfants dont elles avaient la charge. Ils ne recevaient pas d'apports suffisants et n'avaient pas avec elles de possibilités d'interactions adéquates en raison de ruptures répétées que les enfants avaient dans leurs liens avec de figures maternelles substitutives à cause de ce système d'alternance. Et la manière dont une nurse traitait les enfants qui étaient à sa charge n'était pas toujours la même que l'autre qui la remplaçait le lendemain. C'est peut-être pour cela que les enfants appelaient les nurses par leurs propres noms ou prénoms comme pour montrer qu'ils savaient très bien que ce n'était pas leurs mères qu'ils avaient devant eux ou alors qu'ils le sentaient d'une façon ou d'une autre avec ce que ceci a comme conséquences sur l'affectivité de l'enfant. L'organisation du travail dans cet orphelinat qui suppose une alternance, des congés et des récupérations des nurses est un facteur perturbateur de l'affectivité des enfants. En fait l'absence de l'objet d'attachement replonge l'enfant dans l'insécurité et nourrit les sentiments d'abandon reconnus chez CAN et AWA.

Les fantasmes de mauvaise mère prennent le devant sur ceux de bonne mère

et l'avenir de l'affectivité adulte en pâtit. Les enfants peuvent alors développer des mécanismes de défense pour s'adapter, c'est-à-dire pour se défendre contre les sentiments de l'avoir perdu. Donc pour les enfants déséquilibrés, leurs mécanismes de défense sont souvent de nature pathologique comme la régression, apparition des troubles de comportement et de caractères, etc.

Nous constatons ainsi que l'amour et les soins que les nurses apportaient aux enfants de l'orphelinat, étaient insuffisants. Cette insuffisance se traduit par des difficultés psychoaffectives intenses qu'ils ont connues et résultent de l'absence de la mère, de l'inexistence d'un substitut qui peut assurer un maternage indispensable.

La situation est particulièrement catastrophique pour les petits enfants, surtout lorsqu'ils ont été victimes d'une séparation précoce. Si un enfant qui a été séparé de sa mère biologique ne reçoit pas un substitut maternel valable, nous voulons dire un substitut indifférent, absent et rejetant, cet enfant ne peut pas bénéficier d'une éducation essentielle du développement affectif normal. Il ne peut donc pas jouir d'un amour fait de bon dosage de tendresse, de protection et d'oblativité. Lorsqu'il y a séparation brusque et prolongée de la mère avec son enfant, ce dernier éprouve un sentiment douloureux de crainte (c'est le cas d'AWA qui a été abandonné au cimetière) manifesté par des cris, pleurs pas la suite de la perte du lien affectif (perte d'amour). Cette séparation peut être à l'origine d'une angoisse s'exprimant habituellement à travers les réactions affectives comme le sentiment d'être abandonné, la tristesse ou le désespoir.

La réaction affective à la séparation peut s'exprimer également à travers toute une gamme d'émotions suivant le degré d'angoisse. Si l'enfant est récupéré à temps par une autre personne importante de son entourage ou institution de prise en charge des orphelins, il peut être sauvé et les réactions peuvent être mineures.

Dans le cas contraire, les réactions peuvent aller jusqu'à des manifestations majeures tant physiques (dépression) que somatiques (retards d'acquisition de fonctions motrices, intellectuelles, retard de croissance). L'angoisse de séparation est en effet l'une des causes déclenchantes les plus fréquentes de troubles pathologiques, et se trouve en particulier à l'origine de multiples formes de troubles psychiques, somatiques ou d'accidents.

CONCLUSION GENERALE.

Notre ambition au cours de ce travail était celle d'analyser les facteurs qui sont à l'origine des troubles sphinctériens au VESOS Bujumbura. Nous sommes conscient du fait que nous n'avons pas pu épuiser tous les facteurs principalement faute de moyens financiers dans la mesure où c'est un travail qui exige les résultats des examens de laboratoire pour éliminer les facteurs d'étiologie organique. Le travail s'est alors articulé sur trois grandes parties:

La première partie comprend le cadre théorique qui permet au lecteur d'avoir une idée générale sur la théorie relative au sujet sous-étude. Cette partie a présenté et décrit les thèmes principaux sous-tendant notre recherche. Ainsi les concepts d'enfants non accompagnés, centre d'enfants non accompagnés, orphelin, orphelin de père, orphelin de mère, orphelin de père et de mère, substitut parental, troubles sphinctériens, énurésie et d'encoprésie ont été élucidés afin de faciliter la compréhension de notre travail.

Après la définition des concepts-clés, nous avons voulu parler en bref des thérapies appliquées aux enfants énurétiques où nous avons insisté beaucoup sur les thérapies psychologiques que biologiques parce que les enfants qui ont fait objet de notre recherche ont été victimes d'une séparation précoce avec leurs mères et ne présentent aucun trouble organique.

Dans ce même cadre théorique, nous avons du passer en revue la conception de l'entraînement à la propreté sphinctérienne en Afrique noire et au Burundi en particulier au VESOS Nyakabiga. Ainsi, il est apparu qu'au VESOS, l'éducation sphinctérienne n'est pas rigide, elle est en général progressive et elle s'inscrit dans le cadre d'une éducation libérale et indulgente du premier âge. Elle ne peut être que très rarement source de conflits, d'opposition entre la mère et le nourrisson. Mais nous avons fait remarquer que l'entraînement à

la propreté sphinctérienne précoce risque d'entraîner les troubles sphinctériens.

Enfin, puisque nous avons travaillé sur une importante institution comme le VESOS Bujumbura, il a fallu que nous présentions succinctement son historique, ses principes et son organisation pour mettre le lecteur dans le bain.

La deuxième partie concerne exclusivement les considérations méthodologiques. Après avoir présenté et décrit notre milieu d'enquête, nous sommes passé à la description de notre démarche méthodologique, de la pré-enquête, de l'enquête proprement dite et des instruments de recueil des données que nous avons utilisées à savoir l'observation participante, l'entretien semi-directif avec les enfants enquêtés et avec leurs mères/tantes SOS ainsi que les fiches d'observation.

Nous avons ensuite élaboré la problématique dont la question principale était de savoir d'une part l'incidence de la mort ou l'absence totale de la mère aucours de la prime enfance sur le développement équilibré de la personnalité de l'enfant et d'autre part, chercher pourquoi le VESOS compte beaucoup d'enfants énurétiques; vérifier si ces enfants n'auraient pas de problèmes psychoaffectifs refoulés compte tenu de leur situation vécue avant qu'ils arrivent au VESOS.

Ainsi nous avons pu formuler des hypothèses de travail qui servent de réponses provisoires à notre question de recherche. Le souci de vérifier ces hypothèses nous a poussé, comme la nature de notre sujet l'imposait, à entreprendre une étude qualitative que quantitative. C'est-à-dire que nous avons eu au total une étude de cas étendue sur cinq enfants présentant des troubles sphinctériens en l'occurrence l'énurésie. A tous ces sujets, nous avons fait faire des examens médicaux à savoir ECBU, protéinurie, glycémie, Ionogramme sanguin.

Enfin dans la troisième et dernière partie, il a été question de faire l'analyse et l'interprétation des résultats. Ainsi dans la synthèse de nos résultats, nous sommes capables de présenter certains éléments pouvant prouver l'existence de la perturbation psychoaffective des enfants ayant constitué notre échantillon. Il s'agit notamment de la séparation précoce des enfants avec leurs mères, c'est le cas d'AWA qui a été abandonnée au cimetière dans les premiers jours de son existence avec ce que cela a comme conséquence sur sa santé psychique de cet être qui était encore si fragile sur tous les plans.

C'est aussi le cas de CAN pour qui sa séparation d'avec sa mère biologique a entraîné une faiblesse organique et a été par conséquent victime de presque toutes les maladies que lui ont causé une longue hospitalisation (6 à 7 mois).

C'est également le cas de CAKA qui regrette toujours la disparition de sa mère et a toujours une ferme envie de connaître au moins une personne de sa famille naturelle. Cette enfant a eu un choc émotionnel dû à la disparition précoce de sa mère. Ce choc lui a entraîné une angoisse qui se traduit par son énurésie et d'autres petits troubles comme vol de petits objets, mensonge, retard scolaire,etc.

C'est enfin le cas de APA qui, après la mort de sa mère, a perdu donc son objet d'amour et a gagné la rue.

Il faut ajouter que ces enfants, avant d'être transférés au VESOS de Bujumbura, ont transité à l'orphelinat de Jabe où ils ont connu des nurses qui n'ont pas pu apporter une affection suffisante ou nécessaire à ces pauvres enfants. Ces derniers gardent toujours des séquelles de liens maternels pervers. Il est donc apparu que les enfants qui ont connu une séparation précoce et totale ou appartenant aux mères désintégrées ont pour la plupart des problèmes psychologiques et de croissance dûs en gros à l'insuffisance ou à la perversion des rapports avec le premier objet d'attachement qu'est la mère. Cette dernière n'existant pas ou ne sachant plus s'adapter aux besoins

primaires de l'enfant; à cause de son propre organisation psychique troublée (mère d'AWA), elle sera soit absente soit excessivement protectrice ou indifférente aux soins de l'enfant.

Néanmoins, cette notion est particulièrement complexe, elle n'est pas à prendre dans le sens d'une implication mathématique où la carence des soins entraîne automatiquement un trouble chez l'enfant. Au contraire, cela varie d'individu à individu, suivant la compétence d'un substitut parental et en fonction des capacités d'élaboration des mécanismes de défense.

Pour ces raisons, nous avons droit de conclure que notre première hypothèse selon laquelle " la perte de l'objet d'amour (parent ou autre objet préféré) chez le nourrisson peut être l'un des facteurs qui sont à l'origine des troubles sphinctériens " est confirmée. Cela constitue une situation dangereuse et inquiétante quant à l'équilibre psychoaffectif des enfants SOS et leur intégration sociale.

Concernant INE, il menait une vie normale avant la crise, habitait avec ses parents au sein de la famille. Il était propre d'après ses dires aucours de nos entretiens. Cela a été confirmé également par sa tante SOS et nous l'avons constaté dans son dossier se trouvant chez le Directeur du VESOS.

Pour l'enfant, la crise a été responsable d'une fracture au sein de la famille, la violence ayant emporté ses parents et un de ses frères. Il a été témoin impuissant de ces événements, il a vu des corps mutilés et a assisté à la mise à mort de ses parents. Ainsi son énurésie a ensuite réapparue après avoir été sauvé. Partant, l'hypothèse selon laquelle " l'inconduite sphinctérienne acquise (ou qui survient après un intervalle libre plus au moins prolongé durant lequel l'enfant ne mouillait pas son lit) peut être une régression sous l'effet d'un traumatisme psychique " est aussi confirmée.

Pour la dernière hypothèse selon laquelle " l'hérédité (ou les facteurs familiaux et génétiques) est probablement l'un des facteurs déterminants de l'inconduite sphinctérienne " est infirmée en raison de n'avoir pas pu

rencontrer les membres des familles naturelles de ces enfants qui ont constitué notre échantillon ou ceux qui les connaissent à fond afin de nous enquérir s'ils y auraient des gens de leur ascendance qui furent énurétiques. Il n'est pas rare de trouver chez les ascendants des antécédents d'énurésie, mais rien de précis ne peut être conclu pour des raisons déjà évoquées ou faute des études génétiques qui pourraient trancher.

Nous avons ensuite tenter d'appliquer des thérapies et nous avons réussi à 60%. En effet, nous avons insisté surtout sur des thérapies psychologiques dans la mesure où, pour ces enfants qui ont connu une perturbation affective dans les premiers jours de leur existence, les facteurs psychologiques sont à l'avant-plan.

Pour les enfants dont leur énurésie s'est révélée rebelle, nous avons constaté qu'ils sont de la même maison familiale et ont été victime de l'instabilité de leurs substituts maternels. Ces derniers quittaient le Village pour se marier et ceci peut amener au phénomène d'abandonisme, voire de l'hospitalisme. Les enfants peuvent alors régresser. La substitution doit être convenable pour préserver l'affectivité normale.

Quant à la tante SOS qui a toujours été la même, nous avions déjà constaté à travers nos visites dans cette maison qu'elle ne fournissait plus d'effort pour aider les enfants à abandonner ce mauvais comportement et à mettre en application nos conseils.

Nous avons pu découvrir finalement à travers le test de psychodrame que les enfants de cette maison n'aiment pas leur tante parce qu'elle est rigide, rejetante et vont même jusqu'à lui souhaiter un mauvais sort.

Ainsi la personnalité des parents ou des substituts parentaux et leurs différentes attitudes influencent largement le caractère de l'enfant par le canal des interrelations. La situation familiale joue un rôle prépondérant dans le développement psychoaffectif de l'enfant.

Au terme de ce travail, nous ne pouvons pas prétendre avoir épuisé le sujet, le

champ est encore vaste et inexploré. Nous laissons le soin à tous ceux qui le désirent de s'engager plus avant dans la même voie. Ainsi, par exemple, il serait intéressant de connaître d'autres facteurs qui pourraient engendrer les troubles sphinctériens surtout l'énurésie et cette fois-ci élargir le milieu d'enquête.

RECOMMANDATIONS.

- Nous voudrions signaler que pour la plupart des enfants qui arrivent au VESOS sont déjà fragilisés sur le plan psychique, ils devraient donc être pris en charge par des personnes averties dans le domaine de la psychologie et de la psychopathologie de l'enfant. Outre que ses connaissances permettraient l'adoption d'attitudes prophylactiques ou préventives et curatives, elles éviteraient également les rechutes ainsi que les regrettables confusions avec toutes les conséquences que cela implique entre les enfants difficiles et ceux qui présentent des troubles psychologiques ou ceux qui, génétiquement sont à un certain stade de développement.
- La présence permanente d'un psychologue clinicien qui pourrait aider les mères/tantes SOS à prendre en charge adéquatement les enfants qui manifestent des difficultés d'ordre psychologique, sociale, scolaire, et traumatique est souhaitable.
- Il faut également que la formation en matière de psychologie et de psychopathologie infantile soit améliorée pour ces substituts parentaux.
- Il revient à ces mères/tantes SOS bien formées sur ces aspects d'observer quotidiennement les enfants à leur charge afin qu'ils puissent déceler à temps les éventuels troubles psychiques. Il faut également connaître l'histoire de chaque enfant pour essayer de mener une éducation individualisée.
- Les substituts parentaux, les mères/tantes SOS, doivent considérer leur travail non pas comme une fonction rémunératrice, mais plutôt comme une vocation. Partant, il est impérieux de tenir compte de tout ce contexte pour recruter les mamans et les tantes SOS.

- Il faut alors créer au VESOS des conditions favorables à un bon développement psychoaffectif et à une bonne situation oedipienne permettant d'accéder à un plein épanouissement de l'enfant SOS.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GENERAUX

1. BOUDON (R), Les méthodes en sociologie, Paris, PUF, 1979.
2. BOWLBY (J), Attachement et perte, V_2, Paris, PUF, 1973.
3. BOWLBY (J), L'attachement, Paris, PUF, 1978.
4. CASABIANCA (R-M), L'Eveil social avant trois ans en milieu institutionnel, Paris, Ed. Fleurus, 1978.
5. DEBRAY-RITZEN (P), MESSERCHMITT, P. GOLSE.B, Neuropsychiatrie infantile, Masson, Paris, 1981.
6. DE LANDSHEERE (G), Introduction de la recherche en éducation. Paris, Colin - Bourrelier, 1982
7. DE PERETTI (A), Libertés et relations humaines, Ed. De l'E.P.I, 1967.
8. DOLTO (F), Lorsque l'enfant paraît, Ed. Du seuil, Paris, 1977.
9. DUYCKAERTS (F), L'objet d'attachement in Milieu et développement, Paris, UF, 1972.
10. ERNY (P), L'enfant est son milieu en Afrique noire, Paris, Payot 1972.
11. ERNY (P), Les premiers pas de la vie de l'enfant en Afrique noire, Naissance et première enfance. Elément pour une ethnologie de l'éducation. L'Ecole, Paris, P.U.F, 1968.
12. FESTINGER (L), et KATZ (D), Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Paris, P.U.F, 1974.
13. FREUD (A), L'enfant dans la Psychanalyse, Paris, Gallimard, 1976.
14. GMEINER (H), Les Villages d'Enfants SOS, Instruments modernes pour l'Education des enfants abandonnés, Insbrucle, 17e Ed. 1980.
15. GRATIOT ALPHANDERY (H) et ZAZZO (R) Traité de psychologie de l'enfant, V.1, Paris, P.U.F, 1970.

16. HAYNAL (A) & PASINI (W), Médecine Psychosomatique, Paris, Masson, 1978.
17. LESCURE (M), Des carences éducatives, des troubles de la relation à l'autre pendant l'enfance et l'adolescence, Tallah, Privet, 1958.
18. LEZINE (I), Influence du milieu sur le jeune enfant in milieu et développement, Paris, PUF, 1972
19. MIALARET (G) Introduction à la Pédagogie, Paris, PUF, 1969.
20. MUCCHIELLI (R), L'analyse de contenu, connaissance du problème, Paris, E.S.T, 1974.
21. NATHALIE (L) - DU PASQUIERS, Le devenir d'enfants abandonnés, Paris, P.U.F, 1981.
22. PINTO (R), et GRAWITZ (M), Méthodes de recherches dans les sciences sociales, Paris, Dalloz, 1964.
23. PONGERE (P) Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, 1971.
24. SELLTIZ.(C) & al, Les Méthodes de recherche en sciences sociales, Montréal, Ed. HRW, 1977.
25. SPITZ. (R) De la naissance à la parole, la première année de la vie, Paris, P.U.F, 1968.
26. WINNICOTT (D.W), L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations, Paris, Payot, 1957.
27. WINNICOTT (D.W), cité par CHILAND (C), Milieu et Développement, Paris, P.U.F, 1972.
28. WINNICOTT (D.W), L'enfant et sa famille, paris, Payot, 1978.

II. ARTICLES, DICTIONNAIRES, MEMOIRES ET COURS INEDIT.

1. " Aide aux situations d'urgence "-UNICEF.
2. SOS-KINDERDORF INTERNATIONAL, faits et chiffres, 1994.
3. Dictionnaire Hachette, Langue, Encyclopédie, Noms propres.
4. LAFON (R), Dictionnaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant, Paris, P.U.F, 1979.
5. SILLAMY (N), Dictionnaire de psychologie, Librairie Larousse, Paris, 1967.
6. PIERON (H), Vocabulaire de Psychologie, Paris, P.U.F, 6^{e} Ed. 1979.
7. Univers de la psychologie, V_2, Ed. Lidis, 1981.
8. Univers de la psychologie, V_3, Paris, Lidis, 1981.
9. Univers de la psychologie, V_7, Paris, Lidis, 1981.
10. BANYANKIMBONA (M), Etude des problèmes éducationnels rencontrés par les enfants orphelins dans les Villages d'Enfant SOS (enquête menée dans le VESOS GITEGA), Mémoire, inédit, U.B.1987.
11. NDIMURUKUNDO (N), Territoire d'évolution et développement psychologique du jeune enfant murundi, 3 à 7ans, Mémoire, Caen, 1974.
12. NDAYISABA (J), Cours d'orthopédagogie, inédit, F.P.S.E Bujumbura, 1993.

ANNEXE.

GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENFANT EN KIRUNDI.

1 • Izina
  • Imyaka.
  • Igitsina
  • Ishule yigamwo
  • aho aba.

2. Waje ngaha ufise imyaka ingahe?
3. Hari umuvyeyi n'umwe woba ufise.
  • Ni yaba ariho, ni papa canke mama.
4. Hari abo muvukana bari ngaha? Ni baba bariho, murabana mu nzu imwe; Uhora uronka umwanya w-uko muvugana
5. Muhora muronka abagenzi baza kubaramutsa?
  • Mubakira gute, canke mumererwa gute.
6. Incuti zo zihora ziza kubaramutsa, canke mwebwe muhora mugenda kuziramutsa?
7. Mama wanyu (wo muri iyi nzu) abafata gute?
  • Tante wewe?
8. None wewe urabakunda?
9. Hari aho bihora bigushikira ukagirira ishari abandi bana mubana, canke abo mu zindi nzu?
10. Hari aho bishika ntugombe gukina n'abandi bana canke kuvugisha n'umuntu n'umwe?
11. Hari aho bishika nt'ugire akayabagu?
12. Hari aho bishika ukarota ibintu biteye ubwoba canke ukabura itiro?
13. Hari ikintu coba kimaze kukubabaza mu buzima.

- Ni caba kiriho, ikihe?

14.Mwijoro uhora ugira ubwoba bwo gusohoka nk-iyo ugomba kuja kwihagarika?

15.Nk'iyo wasinziriye cane, bihora bishika ukagira pipi mu gitanda? Nka kangahe mu ndwi?

16.Aho hose bigushikira utabizi canke?

17.None hoho iyo bigushikiye uca wikangura canke ubimenya mu gatondo wikanguye?

18.None hoho iyo ubonye vyaraye bigushikiye, uca ubifata gute?

19.Hoba hari ho igihe wigeze kumara udasoba mu gitanda? Iminsi ingana iki?

20.None hari ico mama canke tante agufasha kugira ubihebe?

21.None weho woba wipfuza kubiheba canke?

- Ubona umuntu yogufasha iki?

22.Haraho bishika mama wanyu akabaha ibihano bikomeye, tuvuge nk'iyo mwakosheje? Arakara cane?

23.Ntaho uhora wipfuza ko yokwitaho gusumba abandi? Akaguha igishika gisumba icabandi?

GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENFANT EN FRANCAIS.

1. • Nom & Prénom
   • Age
   • Sexe
   • Classe
   • Maison familiale.
2. Lorsque tu es venu ici, tu avais quel âge?
3. As-tu des parents?
   • Père
   • mère.
4. As-tu des frères/soeurs de sang au VESOS?
   Si oui: • habitez-vous dans une même maison familiale?
   • Prends-tu le temps de causer avec eux?
5. Y-a-t-il des amis qui vous rendent visite?
   Si oui, comment vous les accueillez et comment vous sentez-vous?
6. Les membres de votre famille viennent-ils vous rendre visite ou bien les rendez-vous visite vous-même?
7. Comment votre mère se comporte-t-elle à votre égard?
   • Et la tante?
8. Est-ce que toi, tu les aimes?
9. Vous arrive-t-il d'avoir de la jalousie envers tes frères/soeurs de votre maison familiale ou envers ceux des autres maisons familiales?
10. Vous arrive-t-il de t'isoler ou de ne pas vouloir jouer avec d'autres enfants?
11. Vous arrive-t-il de perdre appétit?
12. Vous arrive-t-il d'avoir des cauchemars ou de ne pas trouver du sommeil?

13.Y aurait-il un événement malheureux qui vous aurait profondément affecté? S'il y en a, lequel?

14.Est-ce qu'il t'arrive d'avoir peur de sortir la nuit pour te rendre à la toilette?

15.Quand tu as dormi profondément, est-ce que ça t'arrive de faire pipi au lit? Si oui, combien de fois par semaine?

16.Toutes les fois que ça t'arrive, ça vient inconsciemment?

17.Si ça t'arrive, est-ce que tu te réveilles immédiatement ou tu t'en rends compte le matin?

18.Quelle est ta réaction ou attitude après avoir remarqué que tu as pissé au lit?

19.Aurais-tu connu une période de propreté?

- Si oui, combien de temps?

20.Quel est l'apport de votre mère/tante SOS afin que vous abandonniez cette mauvaise habitude?

21.De ta part, souhaites-tu rompre avec ce mauvais comportement?

- Si oui, en quoi est-ce qu'on peut t'aider?

22.ça arrive des fois où ta mère te punit sévèrement quand tu as commis une erreur? Est-elle sévère?

23.Vous arrive-t-il de vouloir que ta mère s'intéresse beaucoup à toi?

- Voudrais-tu gagner plus d'affection que les autres?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES MERES/TANTES SOS EN KIRUNDI.

1. Mupfaso, umaze igihe kingana iki ngaha mu bigo vya SOS Bujumbura?
2. None uwo mwana yagusanze aha canke ni wewe waje umusanga aha?
   - Ni yaba yagusanze aha, yaje angana iki?
3. None ubu ho afise imyaka ingahe?
4. Arafise abavyeyi? Se canke nyina?
5. Mwotubwira kahise k'uyo mwana, mutubwire ico mumuziko canke ivyo boba barababwiye ku bavyeyi biwe?
6. Ubu none yigenza ate?
7. Ingeso mbi mubona yoba afise ni izihe? Haba muhira canke ari mu bandi bana?
8. Kw'ishule vyifashe gute mu vyerekeye indero?
   - Kw'ishule vyifashe gute mu vyerekeye ubumenyi?
9. Abantu b'iwabo bahora baza kumuramutsa?
10. None izo ngorane zo gusoba azifise kuva ryari?
11. None wewe abifata gute? Biramubabaza akabura uko agira, biramuryohera, canke ntaco bimubwiye?
12. Mubona yoba afise ishaka ryo kubiheba?
13. None mwebwe abavyeyi biwe ubu mumufasha iki, gute kugira ashobore kubiheba?
14. Ivyo mwamugiriye harico vyunguye?
   - Niyaba ataco vyunguye, mwaciye murekerana gutyo?
15. Mufatiye kuvyo mwamugiriye n'aho mwari mugejeje, mubona umuntu yobafasha iki?
16. Twashaka mutubwire ico mwomuvugako mumugereranije n'abandi bana.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES MERES/TANTES SOS EN FRANCAIS.

1. Madame, depuis quand êtes-vous ici au VESOS de Bujumbura?
2. Est-ce que cet enfant vous a trouvé ici ou c'est vous qui l'avez trouvé ici?
   - Si c'est l'enfant qui vous a trouvé ici, il avait quel âge?
3. Quel âge a-t-il actuellement?
4. A-t-il des parents?
   - Père
   - Mère:
5. Pourriez-vous nous dire ce que vous savez sur le passé de l'enfant, ce que vous savez sur l'enfant lui-même et ce qu'on vous aurait dit sur ses parents?
6. Comment se comporte-t-il actuellement?
7. Quels sont les mauvais comportements constatés chez l'enfant soit à la maison soit dans sa vie sociale?
8. Comment se comporte-t-il à l'école?
   - Sur le plan de la discipline
   - Sur le plan des performances scolaires.
9. Les membres de sa famille viennent-ils le rendre visite?
10. Depuis quand fait-il pipi au lit?
11. Quelle est sa réaction face à ce problème?
    - inquiétude
    - réjouissance
    - indifférence
12. A-t-il envie de guérir?
13. Vous qui êtes actuellement ses parents, qu'est-ce que vous faites et comment vous le faites pour que l'enfant cesse de faire pipi au lit?

14. Avez-vous obtenu des résultats positifs dans ce que vous avez entrepris pour aider l'enfant? Si ce n'est pas le cas, avez-vous laissé tomber votre entreprise?
15. Si vous considérez ce que vous avez fait pour lui et le niveau (degré) de résultat atteint, comment pensez-vous qu'on pourrait vous aider dans votre entreprise?
16. Comment trouvez-vous l'enfant si vous le comparez aux autres enfants?

Résultats de laboratoire obtenus lors des examens médicaux prescrits pour chaque enfant enquêté.

République du Burundi
C.H.U. de Kamenge

Fiche de consultation N° _____

Service de _____

Nom: _____ Sexe: U Profession: Ecolier

Prénom: CAKP Age: ~~1998~~ Adresse: 3ème

Ilons

P = Taille - 46500kg

1o) pas d'antécédents familiaux

2o) Epilepsie primaire intermittente.
Non fréquente.

Vaccins = pas d'immunité.

3o) Digestif = 0 ; bon état bcp.
non tarit bcp.

Examen : 1o) bonne conscience
2o) Epreuve motrice = RAS
3o) Intelligence = 0.

à suivre ; psychothérapie

Examen = RAS

TRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
.ABORATOIRE DE BIOCHIMIE
B.P. 4203 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9387

Nom et prénor. –

CAKA Age

Service Dr. BARUTWANAYO

ANALYSE DE SANG

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
e		mmol/l	1,7-9
cémie	5,87	mmol/l	3,89-6,11
atinine		µ mol/l	53-124
n de l'athérome			
le urique		µ mol/l	202-416
lestérol T		mmol/l	4,60-6,70
lestérol des H.D.L.		mmol/l	
ycérides 40		mmol/l	0,57-1,71
ect sérum 40			Clair
n hépatique			
ubine T		µ mol/l	inf. 17
ubine C		µ mol/l	inf. 4,3
.C.			
sérique ♂		µ mol/l	46,4-69,5
♀		µ mol/l	14,3-26,9
		µ mol/l	10,7-25,1
ma GT		V/L U/l	6-28
phatases alcalines		U/l	20-48
saminases GOT		U/l	inf. 40
GPT		U/l	inf. 45
lacto protéine			
des totaux		g/l	60-80
Sinogramme			
que			
nogène		g/l	2,5-4,5

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
Ammomiémie		µ mol/l	45-70,56
Amylasémie		somogyi	60-180
Calcium		mmol/l	2,02-2,60
Chlorures		mmol/l	98-107
Sodium		mmol/l	136-144
Potassium		mmol/l	3,8-4,8
Co2 total		mmol/l	20,3-44,4
Magnésium		mmol/l	0,80-1
Phosphore inorganique		mmol/l	0,80-1,62

Cycle glycémique

Epreuve d'hyperglycémie provoquée

Prélèvement	0	mmol/l
–	1	mmol/l
–	2	mmol/l
–	3	mmol/l
–	4	mmol/l
–	5	mmol/l
–	6	mmol/l

Divers

Crétive Kinase

L.D.H.

Phosphatases acides totales

Phosphatases prostatiques

Hb-G

Bujumbura, le 29/2/93

Le chef du Laboratoire

RE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
LABORATOIRE DE BIOCHIMIE
B.P. 2210 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9587

Nom et prénoms

CAKA Age

Service Mr. BARUBUWA

ALYSE D'URINES, LIQUIDES DE PONCTION – CALCULS – DIVERS

ches urinaires	Résultats	Unités I.S.	Valeurs usuelles
ne	ENF	g/l	0
e		mmol/l	0
cétaniques			0
ne			0
iaires			0
			5-6
iogène			0
			0

es urinaires	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
urique		mmol/24 H	1,5-4-5
surie heures)		U.S./heure	40-190
n		mmol/24 H	2,5-10
res		mmol/24 H	100-300
iine		mmol/24 H	9-20
e		mmol/24 H	⩽6
sium		mmol/24 H	1-10
nore inorganique		mmol/24 H	9,69-32,3
ium		mmol/24 H	50-100
ies		g/24H	⩽0,10
n		mmol/24H	100-300
		mmol/24 H	250-500

Calculs

Clairances rénales

Volume urinaire des 24 heures :
* Surface corporelle du malade m2 :

	Sang	Urine	Débit ml/s	C ml/s	N
Urée					0,80 1,20
Créatinine					1,20 2,40
Créatinine corrigée*					
Acide Urique					0,13 0,25

Liquides de ponction

Nature du prélèvement

Albumine		g/l	
Glucose		mmol/l	
Chlorures		mmol/l	

Bujumbura, le 9/7/98

Le chef du Laboratoire

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE B.P. 2210
LABORATOIRE DE BIOLOGIE
TEL.: 1482 EXT. 1113

7

Réf. Labo (DE)
Nom et Prénom : CAKA
Age Sexe F
Par Dr BARUMWIRA
Reçu le

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

X URINES

1. Aspect : Jaune clair
2. Culot :
- Hématies : 0
- Leucocytes : 0
- C. épith : Rares
- Cristaux 0

3. COMPTES D'ADDIS
- Volume d'urines :
- Débit :
- Leucocytes :
- HHématies :

4. BACTERIOLOGIE
- Examen direct : Flore: 0
- Numération :
- Identification :

PRELEVEMENTS DIVERS

1. Nature :
2. Aspect :
3. Cytologie :
4. Parasitologie
5. Bactériologie
- Examen direct :

Culture

6. MYCOLOGIE
- Examen direct
- Culture

6. Recherche de BAAR
- Examen direct :
- Homogénéisation :
- Culture :
- Antibiogramme :

Bujumbura, le 30/7/1998

LE CHEF DU LABORATOIRE

République du Burundi
C.H.U. de Kamenge

Fiche de consultation N° _____

Service de _____

Nom: _____ Sexe: ♂ Profession: Ecolier

Prénom: _____ Age: 10 ans Adresse: Gitega

2m/07/08 : P = 35kg Taille = 144

grand frère (+)

1°) Audition abaissée → ORL

2°) ~~Empêché~~ Face inexpressive sans ou rarement de changement d'intonation

4°) Dysmorphie, bec de lièvre, fente labiale, au dessus le grand frère le grand.

Cpten : RAS → ECBU stérile

Cpten RAS

TRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
ABORATOIRE DE BIOCHIMIE
B.P. 4203 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9589

Nom et prénoms 4.B.A

Age

Service Dr' DARA BWIRA

ANALYSE DE SANG

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
ie		mmol/l	1,7-9
cémie	5,27	mmol/l	3,89-5,55
atinine		µ mol/l	53-124
in de l'athérome			
de urique		µ mol/l	202-416
olestérol T		mmol/l	4,60-6,70
olestérol des H.D.L.		mmol/l	
lycérides 40		mmol/l	0,57-1,71
ect sérum 40			Clair
in hépatique			
ubine T		µ mol/l	inf. 17
ubine C		µ mol/l	inf. 4,3
B.C.			
sérique ♂		µ mol/l	46,4-69,5
♀		µ mol/l	14,3-26,9
		µ mol/l	10,7-25,1
nma GT		V/L U/l	6-28
sphatases alcalines		U/l	20-48
nsaminases GOT		U/l	inf. 40
GPT		U/l	inf. 45
i facto protéine			
tides totaux		g/l	60-80
téinogramme			
ique			
rinogène		g/l	2,5-4,5

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
Ammomiémie		µ mol/l	45-70,56
Amylasémie		somogyi	60-180
Calcium		mmol/l	2,02-2,60
Chlorures		mmol/l	98-107
Sodium		mmol/l	136-144
Potassium		mmol/l	3,8-4,8
Co2 total		mmol/l	20,3-44,4
Magnésium		mmol/l	0,80-1
Phosphore		mmol/l	0,80-1,62
Inorganique			

Cycle glycémique

Epreuve d'hyperglycémie provoquée

Prélèvement	0	mmol/l
–	1	mmol/l
–	2	mmol/l
–	3	mmol/l
–	4	mmol/l
–	5	mmol/l
–	6	mmol/l

Divers

Crétive Kinase

L.D.H.

Phosphatases acides totales

Phosphatases prostatiques

Hb-G

Bujumbura, le 29/7/98

Le chef du Laboratoire

TRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
.ABORATOIRE DE BIOCHIMIE
B.P. 2210 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9589
Nom et prénoms A.P.A
Age
Service Dr. NDAYIRUKIRA

NALYSE D'URINES, LIQUIDES DE PONCTION – CALCULS – DIVERS

erches urinaires	Résultats	Unités I.S.	Valeurs usuelles
nine	⊖	g/l	0
ɔse		mmol/l	0
s cétaniques			0
ɔine			0
ıiliaires			0
			5-6
linogène			0
			0

ges urinaires	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
urique		mmol/24 H	1,5-4-5
ısurie heures)		U.S./heure	40-190
ım		mmol/24 H	2,5-10
ures		mmol/24 H	100-300
nine		mmol/24 H	9-20
se		mmol/24 H	⩽6
ésium		mmol/24 H	1-10
ıhore inorganique		mmol/24 H	9,69-32,3
sium		mmol/24 H	50-100
nes		g/24H	⩽0,10
m		mmol/24H	100-300
		mmol/24 H	250-500

Calculs

Clairances rénales

Volume urinaire des 24 heures :
* Surface corporelle du malade m2 :

	Sang	Urine	Débit ml/s	C ml/s	N
Urée					0,80 1,20
Créatinine					1,20 2,40
Créatinine corrigée*					
Acide Unque					0,13 0,25

Liquides de ponction

Nature du prélèvement

Albumine		g/l	
Glucose		mmol/l	
Chlorures		mmol/l	

Bujumbura, le 29/7/93

Le chef du Laboratoire

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE B.P. 2210
LABORATOIRE DE BIOLOGIE
TEL.: 1482 EXT. 1113

9

Nom et Prénom
Age Sexe
Par Dr BARUBWIRA
Reçu le

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

URINES

1. Aspect : jaune clair
2. Culot :
- Hématies : 0
- Leucocytes 0
- C. épith : 0
- Cristaux 0

3. COMPTES D'ADDIS
- Volume d'urines :
- Débit :
- Leucocytes :
- Hématies :

4. BACTERIOLOGIE
- Examen direct : flore = 0
- Numération :
- Identification :

PRELEVEMENTS DIVERS

1. Nature :
2. Aspect :
3. Cytologie :
4. Parasitologie
5. Bactériologie
- Examen direct :

Culture

6. MYCOLOGIE
- Examen direct
- Culture

6. Recherche de BAAR
- Examen direct :
- Homogénéisation :
- Culture :
- Antibiogramme :

Bujumbura, le 30./7./1998

LE CHEF DU LABORATOIRE

République du Burundi
C.H.U. de Kamenge

Fiche de consultation N° _____

Service de _____

Nom : CAN Sexe : ♀ Profession : Ménagère

Prénom : _____ Age : 30 ans Adresse : Gasenyi

24/08/98 : Vit seul Marié

1) Effectue lavage intime

2) fait sa lessive

3) Asymt = 0,

P = 29,150 kg

SymF = 0

Lyme RAS

Ecoute patiente à Gasenyi

Résultats = RAS

TRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
ABORATOIRE DE BIOCHIMIE
B.P. 4203 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9591

Nom et prénoms CAN

Age

Service Dr BARUBUMA

ANALYSE DE SANG

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
e		mmol/l	1,7-9
cémie	4,59	mmol/l	3,89-~~5,55~~ 6,11
atinine		µ mol/l	53-124
ın de l'atérome			
de urique		µ mol/l	202-416
lestérol T		mmol/l	4,60-6,70
lestérol des H.D.L.		mmol/l	
lycérides 40		mmol/l	0,57-1,71
ect sérum 40			Clair
n hépatique			
ubine T		µ mol/l	inf. 17
ubine C		µ mol/l	inf. 4,3
3.C.			
sérique ♂		µ mol/l	46,4-69,5
♀		µ mol/l	14,3-26,9
		µ mol/l	10,7-25,1
ıma GT		V/L U/l	6-28
sphatases alcalines		U/l	20-48
ısaminases GOT		U/l	inf. 40
GPT		U/l	inf. 45
facto protéine			
ides totaux		g/l	60-80
téinogramme			
que			
inogène		g/l	2,5-4,5

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
Ammomiémie		µ mol/l	45-70,56
Amylasémie		somogyi	60-180
Calcium		mmol/l	2,02-2,60
Chlorures		mmol/l	98-107
Sodium		mmol/l	136-144
Potassium		mmol/l	3,8-4,8
Co2 total		mmol/l	20,3-44,4
Magnésium		mmol/l	0,80-1
Phosphore		mmol/l	0,80-1,62
Inorganique			

Cycle glycémique

Epreuve d'hyperglycémie provoquée

Prélèvement	0	mmol/l
–	1	mmol/l
–	2	mmol/l
–	3	mmol/l
–	4	mmol/l
–	5	mmol/l
–	6	mmol/l

Divers

Crétive Kinase

L.D.H.

Phosphatases acides totales

Phosphatases prostatiques

Hb-G

Bujumbura, le 29/7/98

Le chef du laboratoire

_ HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
ABORATOIRE DE BIOCHIMIE
B.P. 2210 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9591
Nom et prénoms CHH
Age
Service Dr. NAHIMANA

IALYSE D'URINES, LIQUIDES DE PONCTION – CALCULS – DIVERS

rches urinaires	Résultats	Unités I.S.	Valeurs usuelles
ine	0	g/l	0
se		mmol/l	0
cétaniques			0
ine			0
iliaires			0
			5-6
inogène			0
			0

les urinaires	Résultats	Unités S.L.	Valeurs usuelles
urique		mmol/24 H	1,5-4-5
surie heures)		U.S./heure	40-190
m		mmol/24 H	2,5-10
ires		mmol/24 H	100-300
nine		mmol/24 H	9-20
se		mmol/24 H	≤6
ésium		mmol/24 H	1-10
hore inorganique		mmol/24 H	9,69-32,3
sium		mmol/24 H	50-100
nes		g/24H	≤0,10
n		mmol/24H	100-300
		mmol/24 H	250-500

Calculs

Clairances rénales

Volume urinaire des 24 heures :
• Surface corporelle du malade m2 :

	Sang	Urine	Débit ml/s	C ml/s	N
Urée					0,80 1,20
Créatinine					1,20 2,40
Créatinine corrigée*					
Acide Urique					0,13 0,25

Liquides de ponction

Nature du prélèvement

Albumine		g/l	
Glucose		mmol/l	
Chlorures		mmol/l	

Bujumbura, le 29/7/98

Le chef du Laboratoire

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE B.P. 2210
LABORATOIRE DE BIOLOGIE
TEL.: 1482 EXT. 1113

4

Nom et Prénom JEAN
Age Sexe F
Par Dr BARIBWIRA
Reçu le

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

URINES

1. Aspect : Jaune clair
2. Culot :
- Hématies : 0
- Leucocytes : 0
- C. épith : Quelques
- Cristaux 0

3. COMPTES D'ADDIS
- Volume d'urines :
- Débit :
- Leucocytes :
- HHématies :

4. BACTERIOLOGIE
- Examen direct : Flore 0
- Numération :
- Identification :

PRELEVEMENTS DIVERS

1. Nature :
2. Aspect :
3. Cytologie :

4. Parasitologie

5. Bactériologie
- Examen direct :

Culture

6. MYCOLOGIE
- Examen direct
- Culture

6. Recherche de BAAR
- Examen direct :
- Homogénéisation :
- Culture :
- Antibiogramme :

Bujumbura, le 30/7/1998
LE CHEF DU LABORATOIRE

République du Burundi
C.H.U. de Kamenge

Fiche de consultation N° _____

Service de _____

Nom : [illegible]
Prénom : _____

Sexe : ♀
Age : 1983

Profession : Ecole
Adresse : SOS

P = Taille = 153 kg

24/07/18 ! 55kg ✱ 15cm , Oedème

✱ Dernière Règle : Deux mois de grossesse.

✱ Réglé depuis 1992 (12 ans)

✱ Enurésie primaire intermittente

✱ Fait elle-même sa toilette.

✱ Sport autorisé.

✱ Examen : 1°) bonne conscience

2°) patente = OK

3°) gros dilygome - hypertonie = OK

Vit avec → Enfant / mari

Mettre sous Dexamethasone

Cpte = Règle

RE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
BORATOIRE DE BIOCHIMIE
.P. 4203 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9586

Nom et prénoms [illegible]

Age

Service Dr. IBARUMURA

ANALYSE DE SANG

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
		mmol/l	1,7-9
émie	5,68	mmol/l	3,89-5,55 6M
tinine		µ mol/l	53-124
n de l'atérome			
e urique		µ mol/l	202-416
lestérol T		mmol/l	4,60-6,70
lestérol des H.D.L.		mmol/l	
lycérides 40		mmol/l	0,57-1,71
ect sérum 40			Clair
an hépatique			
rubine T		µ mol/l	inf. 17
rubine C		µ mol/l	inf. 4,3
.B.C.			
r sérique ♂		µ mol/l	46,4-69,5
♀		µ mol/l	14,3-26,9
		µ mol/l	10,7-25,1
amma GT		V/L U/l	6-28
nosphatases alcalines		U/l	20-48
ansaminases GOT		U/l	inf. 40
GPT		U/l	inf. 45
lfa lacto protéine			
Protides totaux		g/l	60-80
Protéinogramme			
Sérique			
Fibrinogène		g/l	2,5-4,5

Nature de la détermination	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
Ammoniémie		µ mol/l	45-70,56
Amylasémie		somogyi	60-180
Calcium		mmol/l	2,02-2,60
Chlorures		mmol/l	98-107
Sodium		mmol/l	136-144
Potassium		mmol/l	3,8-4,8
Co2 total		mmol/l	20,3-44,4
Magnésium		mmol/l	0,80-1
Phosphore Inorganique		mmol/l	0,80-1,62

Cycle glycémique

Epreuve d'hyperglycémie provoquée

Prélèvement	0	mmol/l
–	1	mmol/l
–	2	mmol/l
–	3	mmol/l
–	4	mmol/l
–	5	mmol/l
–	6	mmol/l

Divers

Crétive Kinase

L.D.H.

Phosphatases acides totales

Phosphatases prostatiques

Hb-G

Bujumbura, le 29/7/98

Le chef du Laboratoire

...TALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
...BORATOIRE DE BIOCHIMIE
...P. 2210 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9586

Nom et prénoms [illegible]

Age

Service Dr. BARIBWIRA

ALYSE D'URINES, LIQUIDES DE PONCTION – CALCULS – DIVERS

...rches urinaires	Résultats	Unités I.S.	Valeurs usuelles
...ine	GnF	g/l	0
...se		mmol/l	0
...cétaniques			0
...ine			0
...liaires			0
			5-6
...nogène			0
			0

...es urinaires	Résultats	Unités S.L.	Valeurs usuelles
...urique		mmol/24 H	1,5-4-5
...surie heures)		U.S./heure	40-190
...m		mmol/24 H	2,5-10
...res		mmol/24 H	100-300
...nine		mmol/24 H	9-20
...se		mmol/24 H	⩽6
...sium		mmol/24 H	1-10
...hore inorganique		mmol/24 H	9,69-32,3
...ium		mmol/24 H	50-100
...nes		g/24H	⩽0,10
...n		mmol/24H	100-300
		mmol/24 H	250-500

Calculs

Clairances rénales

Volume urinaire des 24 heures :
* Surface corporelle du malade m2 :

	Sang	Urine	Débit ml/s	C ml/s	N
Urée					0,80 – 1,20
Créatinine					1,20 – 2,40
Créatinine corrigée*					
Acide Urique					0,13 – 0,25

Liquides de ponction

Nature du prélèvement

Albumine		g/l	
Glucose		mmol/l	
Chlorures		mmol/l	

Bujumbura, le 29/7/88

Le chef du Laboratoire

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE B.P. 2210
LABORATOIRE DE BIOLOGIE
TEL.: 1482 EXT. 1113

Réf. Labo [illegible]
Nom et Prénom Hum
Age Sexe F
Par Dr BARANYIRA
Reçu le 29/7/98

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

URINES

1. Aspect : Jaune Clair
2. Culot :
- Hématies : 0
- Leucocytes : 0
- C. épith : 0
- Cristaux 0

3. COMPTES D'ADDIS
- Volume d'urines :
- Débit :
- Leucocytes :
- Hématies :

4. BACTERIOLOGIE
- Examen direct : Flore : 0
- Numération :
- Identification :

PRELEVEMENTS DIV...

1. Nature :
2. Aspect :
3. Cytologie :
4. Parasitologie
5. Bactériologie
- Examen direct :

Culture

6. MYCOLOGIE
- Examen direct
- Culture

6. Recherche de BAAR
- Examen direct :
- Homogénéisation :
- Culture :
- Antibiogramme :

Bujumbura, le 30./7./1998

LE CHEF DU LABORATOIRE

République du Burundi
C.H.U. de Kamenge

Fiche de consultation N° _____

Service de _____

Nom : LIVE
Prénom : _____

Sexe : ♀
Age : 3 ans 1/2

Profession : Elève
Adresse : ~~St~~ 505

4.107.198

~~P = 36kg~~
~~Taille = 0 ~~ts~~ 93 cm~~

1) ~~Emprise Tonic Contracture~~
Mouvements Involontaires

2) ~~Parkinsonien~~, dyspraxie

3) Dysmie = ? Droite + Horizontal

4) Vendredi Examen Urinaire Cesse

Examen : RAS fait à Jne

Résultats = RAS
fait

RE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE
BORATOIRE DE BIOCHIMIE
.P. 2210 BUJUMBURA • BURUNDI

Analyse N° 9592
Nom et prénoms INS
— Age
Service Dr BARIBWIRA

ALYSE D'URINES, LIQUIDES DE PONCTION – CALCULS – DIVERS

ches urinaires	Résultats	Unités I.S.	Valeurs usuelles
ne		g/l	0
e		mmol/l	0
cétaniques			0
ine			0
liaires			0
			5-6
nogène			0
			0

es urinaires	Résultats	Unités S.I.	Valeurs usuelles
urique		mmol/24 H	1,5-4-5
surie heures)		U.S./heure	40-190
m		mmol/24 H	2,5-10
ures		mmol/24 H	100-300
nine		mmol/24 H	9-20
se		mmol/24 H	⩽6
ésium		mmol/24 H	1-10
phore inorganique		mmol/24 H	9,69-32,3
sium		mmol/24 H	50-100
ines		g/24H	⩽0,10
um		mmol/24H	100-300
		mmol/24 H	250-500

Calculs

Clairances rénales

Volume urinaire des 24 heures :
* Surface corporelle du malade m2 :

	Sang	Urine	Débit ml/s	C ml/s	N
Urée					0,80 1,20
Créatinine					1,20 2,40
Créatinine corrigée*					
Acide Urique					0,13 0,25

Liquides de ponction

Nature du prélèvement

Albumine		g/l	
Glucose		mmol/l	
Chlorures		mmol/l	

Bujumbura, le 29/7/98

Le chef du Laboratoire

ENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE KAMENGE B.P. 2210
ABORATOIRE DE BIOLOGIE
TEL.: 1482 EXT. 1113

6

Réf. Labo
Nom et Prénom : NE
Age Sexe
Par Dr
Reçu le

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

X URINES

- Aspect : jaune clair
- Culot :
- Hématies : 0
- Leucocytes :
  C. épith : 0
- Cristaux 0

- COMPTES D'ADDIS
- Volume d'urines :
- Débit :
- Leucocytes :
- HHématies :

1. BACTERIOLOGIE
   - Examen direct : Flore 0
   - Numération :
   - Identification :

PRELEVEMENTS DIV...

1. Nature :
2. Aspect :
3. Cytologie :
4. Parasitologie
5. Bactériologie
   - Examen direct :

   Culture

6. MYCOLOGIE
   - Examen direct
   - Culture

6. Recherche de BAAR
   - Examen direct :
   - Homogénéisation :
   - Culture :
   - Antibiogramme :

Bujumbura, le 30./7./1998

LE CHEF DU LABORATOIRE