

Connaissances, attitude et pratique de prestataires des soins de santé face à l'énurésie à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Michel N. Ntanga ¹, Janvier M. Tawi ¹, Alex B. Katende ^{1,2}, Odon M. Lutumba ¹,
Didier Y. Mulunda ¹, Alain A. Likula ¹, Gaylord M. Kalenda ¹, Jean B. Mikobi ¹,
Denis L. Lubo ¹, Oscar N. Luboya ^{1,2,3}

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

² Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

³ Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. L'énurésie est répandue parmi la population pédiatrique, mais tous les professionnels de santé ne sont pas au courant des recherches actuelles concernant l'étiologie et le traitement de ce trouble. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitude et pratique de personnel soignant de l'hôpital général de référence Jason Sendwe au sujet de l'énurésie de l'enfant.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude descriptive transversale allant du 15 Juillet au 15 Octobre 2021 sur un échantillonnage de convenance de 88 personnels soignants de l'hôpital Sendwe ayant accepté notre interview.

Résultats. Parmi les personnels soignants interviewés, 59,76% étaient des médecins et 40,24% des infirmiers ; 41,46% d'entre eux avaient une expérience de 6 à 10 ans. Dans l'ensemble, ils avaient une faible connaissance de l'énurésie à 51% et quelques-uns d'entre eux soit 51,22% déclaraient que la médecine moderne n'avait pas de solution pour soigner l'énurésie. Les personnels soignants ne s'intéressaient pas au problème d'énurésie parce que les parents ne consultent pas pour les cas d'énurésie selon 37,80% des soignants et 51,22% des soignants n'avaient aucune idée sur les médicaments à administrer en cas d'énurésie. Néanmoins, 23,17% des soignants avaient une idée sur la desmopressine ; 13,41% connaissaient l'oxybutynine ; 7,88% connaissaient l'imipramine et 4,88% connaissaient l'anafranil. Leur attitude face à l'énurésie était mauvaise à 57%, leur pratique était mauvaise à 52%.

Conclusion. Beaucoup de progrès restent encore à faire en termes de diagnostic et de prise en charge de l'énurésie. Une prise de conscience globale du corps médical est nécessaire afin de permettre aux parents qui font face à ce problème de retrouver de la sérénité car améliorer une énurésie c'est rendre un bon service à l'enfant et à son entourage.

Mots-clés : Enurésie, enfant, connaissance, attitude, pratique, personnel soignant.

Introduction

L'énurésie est répandue parmi la population pédiatrique, mais tous les professionnels de santé ne sont pas au courant des recherches actuelles concernant l'étiologie et le traitement de ce trouble. Bien qu'il

s'agisse d'une affection médicale chronique, les parents n'en ont pas assez conscience et comprennent mal l'énurésie et près de la moitié des parents ignorent le problème. L'énurésie est une affection qui peut être traitée de manière efficace et permanente [1].

Correspondance:

Michel N. Ntanga, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 99 59 10 295 - Email: michelntanga@gmail.com

Article reçu: 25-02-2022 Accepté: 28-04-2022

Publié: 14-05-2022



Copyright © 2022 Michel N. Ntanga et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Ntanga MN, Tawi JM, Katende AB, Lutumba OM, Mulunda DY, Likula AA, Kalenda GM, Mikobi JB, Lubo DL, Lu. Connaissances, attitude et pratique de prestataires des soins de santé face à l'énurésie à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2022;6(1): 40-46. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2022617>

L'énurésie est le terme médical pour désigner une miction active, complète, inconsciente et involontaire, se produisant pendant le sommeil, la plupart du temps pendant la nuit. On ne peut parler d'énurésie qu'à partir de 5 ans, car c'est l'âge où le contrôle physiologique du sphincter vésical est acquis. La maturation de la vessie et du cerveau qui la commande n'est achevée que vers 5 ou 6 ans. C'est donc seulement à partir de l'âge de 5 ans que l'on commence à parler d'énurésie [2].

Malgré des milliers d'années de reconnaissance du problème, il est clair à partir de la littérature actuelle que l'étiologie est mal comprise et qu'il y a eu quelques avancées thérapeutiques. Dans la plupart des cas, l'étiologie "vraie" n'est pas encore connue et le taux de succès des traitements n'est pas satisfaisant [3].

De tout temps l'énurésie a frappé les imaginations, donné lieu à des interprétations variées et débouchées sur des traitements parfois barbares. La diversité de ces traitements en dit long sur la richesse des hypothèses pathogéniques proposées, au cours des siècles. D'une façon générale, ces hypothèses se sont concentrées sur le psychisme de l'enfant, la qualité de son sommeil, la fonction de sa vessie et d'éventuels troubles de sa diurèse [4].

Dans le cadre de la médecine moderne, on remarque que l'énurésie était longtemps ignorée ou oubliée par les médecins, et qu'elle n'occupait qu'une faible place dans les traités d'urologie ou de néphrologie pédiatrique. Actuellement, le corps médical s'est réapproprié le problème et a réalisé de nombreux progrès essentiellement en matière physiopathologique. Ainsi, cette pathologie est mieux comprise et la grande majorité des enfants atteints peuvent être traités par des thérapeutiques adaptées [5].

Ce n'est alors ni une maladie ni un état complet de bien-être physique, mental et social, signe de bonne santé selon l'OMS. L'énurésie est un symptôme bénin, temporaire et assez fréquent rencontré chez l'enfant de plus de 5 ans. Néanmoins, elle constitue une gêne certaine pour l'enfant et son entourage, voire même une source d'humiliation pour l'intéressé pouvant devenir une entrave à une vie sociale normale [6].

L'énurésie est souvent mal vécue par l'enfant et source d'inquiétude pour les parents. C'est un symptôme refoulé qui entraîne de la part des parents des attitudes souvent inadéquates et qu'exagèrent ses conséquences. Les parents ont tendance à punir, à humilier, à frapper l'enfant et l'accuser d'être sale et fainéant et de ne pas faire assez d'efforts pour retenir ses urines et aller aux toilettes. Or c'est parfois l'éducation inadéquate des parents qui peut provoquer l'énurésie. Même si l'enfant ne fait jamais exprès de faire pipi au lit, l'énurésie

engendre différents problèmes qui, répétés, peuvent s'avérer pesants également pour les parents : se réveiller régulièrement pour s'occuper d'un énième pipi au lit, devoir changer les draps en pleine nuit, ou encore les literies abimées par les accidents à répétition... les familles doivent souvent racheter des alèses, voire des matelas. Autant de conséquences embêtantes de l'énurésie qui finissent par consommer du temps, de l'énergie et de l'argent [7].

L'énurésie est un symptôme bénin, temporaire et assez fréquent rencontré, néanmoins si elle persiste après l'âge de 8 à 10 ans elle peut s'associer à une mauvaise vision de soi-même ou d'autres troubles psychologiques, elle constitue une gêne certaine pour l'enfant et son entourage, voire même une source d'humiliation pour l'intéressé pouvant devenir une entrave à une vie sociale normale [5].

L'énurésie peut atteindre l'estime de soi de l'enfant et engendrer des perturbations dans la vie familiale et sociale et scolaire. Il faut avant tout éviter de culpabiliser et de stigmatiser l'enfant énurétique. Au contraire il aura besoin d'être accompagné. Il s'agit d'un trouble indépendant de sa volonté qui peut justifier une prise en charge médicale. En effet, une consultation médicale est recommandée lorsque l'enfant présente un ou plusieurs de ces symptômes [6].

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitude et pratiques de personnel soignant de l'hôpital général de référence Jason Sendwe au sujet de l'énurésie de l'enfant.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude descriptive transversale prospective sur une période allant de Juillet à octobre 2021 à l'Hôpital Général Provincial de Référence Jason Sendwe sur une interview libre auprès des personnels soignants (médecins et infirmiers) ayant donné leur consentement éclairé pour participer à notre étude. Les questions ont été posées à l'aide d'un questionnaire de recherche préétabli en français et adapté au thème de la recherche. La population d'étude est composée de 49 médecins et 33 infirmiers.

Il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste de convenance arrêté à 82 cas des personnels soignants rencontrés et interviewés à l'hôpital général de référence Jason Sendwe pendant la période d'étude. Sont inclus dans cette étude : Tous les personnels ayant travaillé en pédiatrie et ayant accepté de participer à notre enquête à l'hôpital général de référence Jason Sendwe pendant notre période d'étude. Après la collecte des données, les informations recueillies ont

été saisies avec Excel 2016 et analysées par un opérateur sur le logiciel EPI INFO version 7.2.0.1. Dans le cadre éthique nous avons utilisé l'anonymat et la confidentialité.

Résultats

Tableau 1. Fonction, expérience professionnelle, énurésie comme problème de santé, la médecine moderne soigne l'énurésie, raisons de désintéressement à l'énurésie, impact négatif de l'énurésie.

Variables	Effectif (n=82)	Pourcentage
Fonction		
Médecin	49	59,76
Infirmière	33	40,24
Expérience professionnelle		
1-5 ans	30	36,59
6-10 ans	34	41,46
11-15 ans	12	14,63
16-20 ans	6	7,32
Enurésie comme problème de santé		
Oui	63	76,83
Non	19	23,17
La médecine moderne soigne l'énurésie		
Oui	40	48,78
Non	42	51,22
Raisons de désintéressement à l'énurésie		
Les parents ne consultent pas pour l'énurésie	31	37,80
Pas d'idée sur les médicaments	16	19,51
Manque d'intérêt	15	18,29
L'énurésie est normale chez les enfants	13	15,85
Pas de politique sanitaire pour les cas pareils	7	8,54
Impact négatif de l'énurésie		
Oui	55	67,07
Non	27	32,93

En rapport avec la fonction des personnels enquêtés, il s'avère que la majorité soit 59,76% étaient des médecins et les infirmiers étaient interrogés aussi dans

40,24%. Au sujet de l'expérience professionnelle, les résultats montrent que 41,46% des personnels enquêtés avaient une expérience de 6 à 10 ans. Les résultats révèlent que la plupart des personnels interrogés soit 76,89% pensaient que l'énurésie constitue un véritable problème de santé chez l'enfant.

En rapport avec la prise en charge de l'énurésie par la médecine moderne, plus de la moitié des personnels soignants interrogés soit 51,22% déclaraient que la médecine moderne n'avait pas de solution pour soigner l'énurésie.

A la question de savoir pourquoi le personnel soignant ne s'intéresse pas au problème d'énurésie, les résultats montrent les 37,80% des soignants interrogés pensaient que c'est parce que les parents ne consultent pas pour les cas d'énurésie ; 19,51% déclaraient de n'avoir pas d'idée sur les médicaments. À en croire 18,29% des enquêtés c'est à cause de manque d'intérêt et pour 15,85% c'est parce que l'énurésie est normale chez les enfants (*Tableau 1*).

Au sujet de la connaissance des causes de l'énurésie, les résultats montrent 40,24% des personnels ne connaissaient pas les causes de l'énurésie. Au sujet de l'impact de l'énurésie chez l'enfant, la majorité des personnels soignants soit 67,07% déclaraient que l'énurésie a un impact négatif sur la vie scolaire, sociale et famille de l'enfant.

Parlant de connaissance des médicaments, les résultats révèlent que plus de la moitié soit 51,22% des soignants n'avaient aucune idée sur les médicaments à administrer en cas d'énurésie. Néanmoins, 23,17% des soignants avaient une idée sur la desmopressine ; 13,41% connaissaient l'oxybutynine ; 7,88% connaissaient l'imipramine et 4,88% connaissaient l'anafranil.

A en croire aux dires des soignants, il s'avère que 47,56% des personnels soignants avaient au moins une fois été sollicités pour prendre en charge l'énurésie et 41,46% n'avaient jamais été sollicités pour soigner l'énurésie.

Au sujet des conseils à donner aux parents, les avis étaient partagés, pour 24,39% c'est bien d'éviter de donner les boissons le soir, pour 15,85% il faut consulter un pédiatre, pour 14,63% il faut faire uriner l'enfant avant de dormir. Par contre 9,76% disaient qu'il faut taper ou gronder l'enfant ; 13,41% souhaitaient l'avis d'un tradithérapeute ou consulter un serviteur de Dieu dans 6,09% (*Tableau 2*).

Tableau 2. Causes de l'énurésie, médicaments, sollicitation d'une prise en charge de l'énurésie et conseils à donner aux parents

Variables	Effectif (n=82)	Pourcentage
Causes de l'énurésie		
Trouble affectif	10	12,19
Malformation de l'appareil urinaire	14	17,07
L'organisme malade	7	8,54
Le fait de boire beaucoup le soir ou la nuit	4	4,88
Stress prolongé ou isolement	5	6,09
Causes psychiques	9	10,97
Ne sait pas	33	40,24
Médicaments		
Desmopressine	19	23,17
Oxybutynine	11	13,41
Anafranil	4	4,88
Imipramine	6	7,31
Aucune idée	42	51,22
Sollicitation d'une prise en charge de l'énurésie		
Une fois	39	47,56
Plusieurs fois	9	10,98
Jamais	34	41,46
Conseils à donner aux parents		
Eviter de donner les boissons le soir	20	24,39
Faire uriner l'enfant avant de dormir	12	14,63
Réveiller l'enfant plusieurs fois pour uriner	9	10,97
Consulter un pédiatre	13	15,85
Encourager l'enfant et lui dire que ça va passer	5	6,09
Taper l'enfant et le gronder	8	9,76
Consulter un serviteur de Dieu	5	6,09
Avis d'un tradithérapeute	11	13,41

L'analyse des données montre que les personnels soignants avaient une mauvaise connaissance de l'énurésie dans 51% mais toutefois leur connaissance était bonne dans 49% (Figure 1).

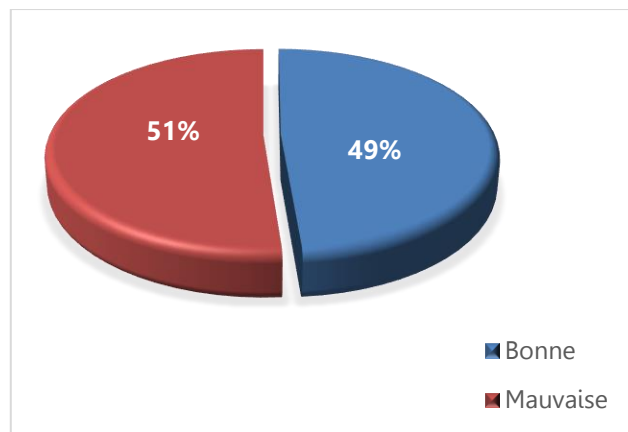


Figure 1. Appréciation des connaissances

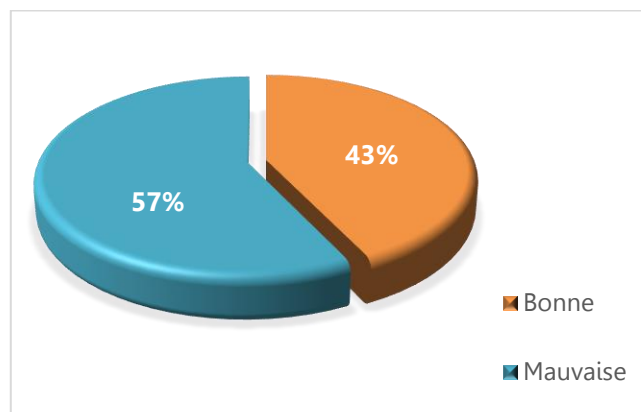


Figure 2. Appréciation d'attitude des personnels soignants

L'analyse des données montre que les personnels soignants avaient une mauvaise attitude face à l'énurésie dans 57% mais toutefois leur attitude était bonne dans 43%.

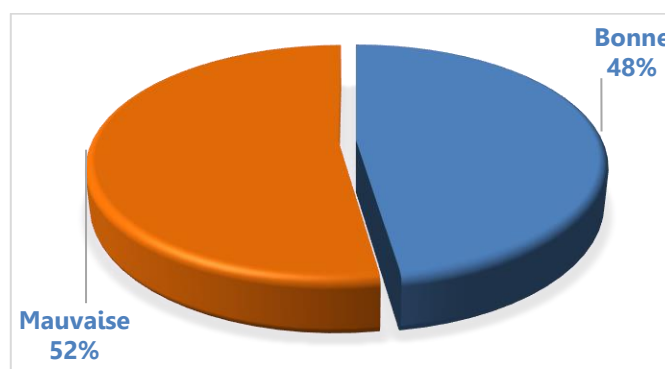


Figure 3. Appréciation de la pratique des personnels soignants en cas d'énurésie

L'analyse des données montre que la pratique des personnels soignants en cas de l'énurésie était mauvaise dans 52,44% mais toutefois leur connaissance était bonne dans 47,56%.

Discussion

Au sujet de la connaissance des causes de l'énurésie, les résultats de notre étude montrent 40,24% des personnels ne connaissent pas les causes de l'énurésie. Dans la littérature les auteurs rapportent que l'énurésie nocturne primaire est répandue parmi la population pédiatrique, mais tous les professionnels ne sont pas au courant des recherches actuelles concernant l'étiologie et le traitement de ce trouble [1]. Une étude menée au Danemark montre que les taux diurnes d'hormone antidiurétique ont été étudiés chez onze énurétiques et liés à la production d'urine et à la capacité fonctionnelle de la vessie. Un test de privation hydrique mesurant les taux d'hormone antidiurétique a été réalisé chez quatre patients. L'étude suggère que l'augmentation normale des niveaux d'hormone antidiurétique nocturne est absente chez les énurétiques, qui présentent un niveau d'hormone stable jour et nuit. Par conséquent, le volume de la production d'urine de nuit se rapproche de la production d'urine de jour par heure. La capacité fonctionnelle vésicale était nettement dépassée la nuit chez huit des onze patients. Le test de privation de liquide a montré une réponse normale à la privation de liquide. En conclusion, l'étude ajoute une preuve supplémentaire que la capacité de la vessie est un facteur majeur dans l'énurésie [8].

Les résultats de notre étude révèlent que la plupart des personnels interrogés soit 76,89% pensaient que l'énurésie constitue un véritable problème de santé chez l'enfant. D'autres études montrent que l'énurésie (pipi au lit) est une condition socialement perturbatrice et stressante qui affecte environ 15 à 20 % des enfants de cinq ans et jusqu'à 2 % des jeunes adultes [9]. Bien qu'il existe un taux élevé de rémission spontanée, les coûts sociaux, émotionnels et psychologiques de l'énurésie peuvent être importants [10].

À en croire aux dires des soignants, il s'avère dans notre étude que 47,56% des personnels soignants avaient au moins une fois été sollicités pour prendre en charge l'énurésie et 41,46% n'avaient jamais été sollicités pour soigner l'énurésie. Dans la littérature, il a été prouvé que les troubles de l'incontinence urinaires sont un groupe important de problèmes que les cliniciens gèrent chez les enfants et les adolescents. L'énurésie est un problème de développement très fréquent chez les jeunes enfants. L'énurésie inquiète à la fois les parents et les enfants, mais seul un petit pourcentage de parents consulte un médecin pour ce problème [11]. En Turquie, les parents considèrent que l'énurésie nocturne n'est pas une maladie mortelle, que les médicaments

utilisés dans le traitement peuvent être nocifs et qu'aucune assistance médicale n'est requise [12]. Dans une étude transversale sélectionnée au hasard dans cinq écoles élémentaires de Karachi au Pakistan, seuls 54% (166) des enfants avaient demandé de l'aide pour leur problème dont 26% avaient consulté des médecins, 16% avaient consulté des homéopathes tandis que 11% avaient utilisé des remèdes maison. Les parents de 68,5% (211) enfants avaient déclaré être préoccupés par le problème tandis que 69,8% (215) enfants étaient également inquiets à propos de leur énurésie. Parmi le groupe d'enfants concernés, 22% des parents n'étaient pas préoccupés par le problème de leur enfant [13].

Au sujet de l'impact de l'énurésie chez l'enfant, la majorité des personnels soignants soit 67,07% déclaraient que l'énurésie a un impact négatif sur la vie scolaire, sociale et famille de l'enfant. Dans une étude menée dans le sud-est de l'Anatolie en Turquie, les enfants énurétiques avaient également des taux plus élevés de mauvais résultats scolaires et de mauvaise adaptation sociale par rapport aux enfants non énurétiques ($p < 0,001$) et le problème a été géré principalement au sein de la famille [14]. Dans une étude menée chez les enfants chinois à Hong Kong pour le dépistage d'éventuels retards cognitifs, l'étude a montré que les enfants énurétiques présentaient des retards cognitifs plus importants et souffraient plus fréquemment de troubles cognitifs que les enfants non énurétiques [15].

À la question de savoir pourquoi le personnel soignant ne s'intéresse pas au problème d'énurésie, les résultats de notre étude montrent les 37,80% des soignants interrogés pensaient que c'est parce que les parents ne consultent pas pour les cas d'énurésie; 19,51% déclaraient de n'avoir pas d'idée sur les médicaments. À en croire 18,29% des enquêtés c'est à cause de manque d'intérêt et pour 15,85% c'est parce que l'énurésie est normale chez les enfants. Une étude de l'énurésie chez les enfants australiens de 5 à 12 ans a montré que les familles australiennes n'avaient pas signalé un niveau élevé d'inquiétude au sujet de l'énurésie, même chez l'enfant plus âgé. Le problème a été géré principalement au sein de la famille [16]. En Turquie, le niveau d'inquiétude des parents n'était pas élevé, et seulement 15% des enfants avaient consulté un médecin pour la gestion de l'énurésie et le problème a été géré principalement au sein de la famille [14]. Dans une série Sud-africaine publiée en 2012, la sensibilisation des parents aux modalités de traitement disponibles était obsolète et la plupart de la gestion des énurésies a été effectuée par les parents eux-mêmes, bien qu'avec de faibles taux de réussite. La constipation

était un problème chez 15,8 % des enfants atteints d'énurésie [17].

Au sujet des conseils à donner aux parents, dans notre étude les avis des soignants étaient partagés, pour 24,39% c'est bien d'éviter de donner les boissons le soir, pour 15,85% il faut consulter un pédiatre, pour 14,63% il faut faire uriner l'enfant avant de dormir. Par contre 9,76% disaient qu'il faut taper ou gronder l'enfant ; 13,41% souhaitaient l'avis d'un tradithérapeute ou consulter un serviteur de Dieu dans 6,09 %. Dans une série Pakistanaise réalisée chez les enfants d'âge scolaire de Bangkok, les résultats montrent que les techniques comportementales principalement utilisées par les parents pour gérer l'énurésie nocturne de leurs enfants étaient de s'assurer que l'enfant urine avant le coucher (72,9 %), de réveiller l'enfant la nuit pour uriner (61,8 %) et de restreindre la consommation d'eau le soir était de 28,5 % [18]. En Turquie, les auteurs ont conclu que le personnel de santé et les médecins formés doivent informer les parents sur l'énurésie afin de prévenir d'éventuels problèmes de comportement et d'estime de soi [12].

Parlant de connaissance des médicaments, les résultats révèlent que plus de la moitié soit 51,22% des soignants n'avaient aucune idée sur les médicaments à administrer en cas d'énurésie. Néanmoins, 23,17% des soignants avaient une idée sur la desmopressine ; 13,41% connaissaient l'oxybutynine ; 7,88% connaissaient l'imipramine et 4,88% connaissaient l'anafranil. La desmopressine est un médicament simple d'utilisation et efficace pour le traitement de l'énurésie nocturne ; il a ouvert de nouvelles voies d'investigation importantes [19]. La sécrétion de cette hormone ne commence qu'à un certain âge, qui n'est pas le même pour tous les enfants. Traditionnellement, quand le taux de vasopressine n'est pas suffisant, les pipis au lit sont très importants et la quantité d'urine est considérable. Les médecins peuvent alors prescrire de la desmopressine un médicament synthétique proche de la Vasopressine par voie orale à administrer au coucher, ce qui fait disparaître les fuites urinaires très rapidement [20]. Les traitements les plus actuels (imipramine, acétate de desmopressine arginine vasopressine, alarmes d'énurésie) sont discutés, y compris les

recherches récentes sur leur efficacité. En considérant les données récentes sur l'efficacité à long terme, le coût global et la sécurité, le traitement de choix semble être l'alarme d'énurésie pour les familles qui sont capables de suivre les protocoles. L'acétate de desmopressine arginine vasopressine est une alternative sûre qui présente l'avantage d'une réponse rapide et d'une facilité d'administration [1]. D'autres études montrent, les interventions comportementales simples sont souvent utilisées comme première tentative pour améliorer l'énurésie nocturne et comprennent des systèmes de récompense tels que des cartes du ciel donné pour les nuits sèches, soulever ou réveiller les enfants la nuit pour uriner, un entraînement au contrôle de la rétention pour agrandir capacité de la vessie (entraînement de la vessie) et restriction hydrique. D'autres traitements tels que les médicaments, les interventions complémentaires et diverses telles que l'acupuncture, les interventions comportementales complexes et la thérapie d'alarme de l'énurésie sont envisagés ailleurs [10]. Chez les enfants ayant une vessie de petite capacité, l'oxybutynine (un médicament anticholinergique dont la particularité est de se fixer sur les détecteurs de l'acétylcholine pour empêcher le muscle principal de la vessie de se contracter trop souvent est parfois prescrite en cas d'échec de la vasopressine et l'enfant peut à nouveau passer des nuits au sec [21].

Conclusion

Au vu des résultats obtenus dans cette étude, il se dégage que les professionnels de santé ont une faible connaissance de l'énurésie, leur attitude et leur pratique est mauvaise. Ainsi, beaucoup de progrès restent encore à faire en termes de diagnostic et de prise en charge de l'énurésie. Une prise de conscience globale du corps médical est nécessaire afin de permettre aux familles qui font face à ce problème de retrouver de la sérénité car améliorer une énurésie c'est rendre un bon service à l'enfant et à son entourage.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. Gimpel GA, Warzak WJ, Kuhn BR, Walburn JN. Clinical Perspectives in Primary Nocturnal Enuresis. *Clinical Pediatrics*. 1998;37(1):23-29.
2. Jacqueline Rossant- Lumbroso, Lyonel Rossant. Enurésie - Symptômes et traitement –Doctissimo.

- Pédiatre. Mis à jour le 14/01/2020 à 17h01. Énurésie.
3. Chiozza ML, Bernardinelli L, Caione P, Del Gado R, Ferrara P, Giorgi PL, Montomoli C, Rottoli A, Vertucci P. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *Br J Urol.* 1998 May;81 Suppl 3:86-9.
 4. Moffatt ME. Nocturnal enuresis: psychologic implications of treatment and nontreatment. *J Pediatr.* 1989 Apr;114(4 Pt 2):697-704.
 5. Pauline Fréour. Mettre un terme aux pipi au lit. LE FIGARO.fr Santé publié le 28/08/2015 à 17 :39.
 6. Mackeith RC. Is maturation delay a frequent factor in the origins of primary nocturnal enuresis ? *Dev Med Child Neurol.* 1972 ; 217-23.
 7. Dalton R. Énurésie. Dans : Behrman R, Kliegman R, Arvin A, Nelson W, éditeurs. Manuel Nelson de pédiatrie. 15e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 1996. pp. 79–80.
 8. Nørgaard JP, EB Pedersen, JC Djurhuus. Diurnal Anti-Diuretic-Hormone Levels in Enuretics. *The Journal of Urology.* November 1985 ;Vol 134 (5), 1029-1031.
 9. Dossche L, Walle JV, Van Herzeele C. The pathophysiology of monosymptomatic nocturnal enuresis with special emphasis on the circadian rhythm of renal physiology. *European Journal of Pediatrics.* 2016 Jun;175(6):747-754.
 10. Caldwell PH, Nankivell G, Sureshkumar P. Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 19;(7):CD003637.
 11. Merhi BA, Hammoud A, Ziade F, Kamel R, Rajab M. Mono-symptomatic nocturnal enuresis in lebanese children: prevalence, relation with obesity, and psychological effect. *Clin Med Insights Pediatr.* 2014 Mar 5;8:5-9.
 12. Carman KB, Ceran O, Kaya C, Nuhoglu C, Karaman MI. Nocturnal enuresis in Turkey: prevalence and accompanying factors in different socioeconomic environments. *Urol Int.* 2008;80(4):362-366.
 13. Shoaib Mithani, Zafar Zaidi. Bed Wetting in School Children of Karachi. *JPMA-Journal of Pakistan Medical Association.* 2005; 55 (1): 2-5.
 14. Ozkan KU, Garipardic M, Toktamis A, Karabiber H, Sahinkanat T. Enuresis prevalence and accompanying factors in schoolchildren: a questionnaire study from southeast Anatolia. *Urol Int.* 2004;73(2):149-155.
 15. Yeung CK, Chiu HN, Sit FK. Bladder dysfunction in children with refractory monosymptomatic primary nocturnal enuresis. *J Urol.* 1999 Sep;162(3 Pt 2):1049-1054; discussion 1054-5.
 16. Bower WF, Moore KH, Shepherd RB, Adams RD. The epidemiology of childhood enuresis in Australia. *Br J Urol.* 1996 Oct;78(4):602-606.
 17. Fockema MW, Candy GP, Kruger D, Haffejee M. Enuresis in South African children: prevalence, associated factors and parental perception of treatment. *BJU Int.* 2012 Dec;110(11 Pt C):E1114-20.
 18. Hansakunachai T, Ruangdaraganon N, Udomsubpayakul U, Sombuntham T, Kotchabhakdi N. Epidemiology of enuresis among school-age children in Thailand. *J Dev Behav Pediatr.* 2005 Oct;26(5):356-60.
 19. Thompson S, Rey JM. Functional enuresis: is desmopressin the answer? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995 Mar;34(3):266-71.
 20. Stenberg A, Läckgren G. Desmopressin tablets in the treatment of severe nocturnal enuresis in adolescents. *Pediatrics.* 1994 Dec;94(6 Pt 1):841-6.
 21. De Grazia E, Cimador M. Combined oxybutinin-desmopressin therapy in the treatment of nocturnal enuresis with urinary disorders. *Minerva Pediatr.* 1999 May ;51(5) :149-52.