

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



Faculté des sciences humaines et des sciences sociales  
Département de Psychologie  
Spécialité : Mécanismes mentaux et structuration  
psychopathologique de l'épilepsie  
Option : Psychopathologie de l'épilepsie  
Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Magister

### Thème

La pensée et la logique chez un adolescent  
Épileptique

#### Présenté par :

\*Mankouri Samia

#### Sous la direction de :

\*Professeur Afifa Attar Mecherbet

#### Membres du jury

- Pr. yahya bechlaghem	Université de Tlemcen	Président
- Pr. Afifa Attar Mecherbet	Université de Tlemcen	Encadreur
- MC (A) Mahmoud Belkhalifa	Université Alger II	Examineur
- MC (B) kouider Ben Ahmed	Université de Mostaganem	Examineur

Année universitaire : 2012-2013

## **REMERCIEMENTS :**

Le travail d'élaboration d'une thèse est toujours accompagné d'une certaine expérience de la solitude. Fort heureusement d'autres personnes, de près ou de loin, nous entourent dans cette démarche d'une présence réconfortante.

A madame le professeur des universités « Mecherbet.Attar.Afifa ».

Pour avoir accepté de diriger cette thèse et nous avoir accueilli au sein de sa deuxième promotion (2008-2009) ; pour ses conseils attentifs, sa patience et son aide précieuse dans l'élaboration de nos travaux.

A tous les enseignants qui ont soutenue et aidé cette promotion à voir la lumière de la connaissance : Monsieur docteur « Saedouni.mohamed » ; monsieur le maitre de conférence « Moksam.Mokhtar » ; madame la maitre de conférence « Belrached.Rachida » ; et autres...

A tous mes collègues sans exceptions aux prés deux nous avons construit non seulement une promotion mais une famille ou ses membres respectent les un les autres, s'entraident, et ont partagés les meilleurs moments.

L'engagement personnel qui anime une thèse n'est possible qu'avec le soutien d'un entourage qui a partagé au quotidien ces années de travail.

A mon père pour son soutien morale et matériel ; a ma grande sœur Amel, mère, et confidente pour sa compréhension, sa patience, et sa présence inconditionnelle, et a ma petite sœur Ikram et ma moitié mon fiancé Omar pour leurs soutien.

## Résumé :

Notre sujet de recherche vise le domaine du « travail cognitif », « développement cognitif », et « le fonctionnement cognitif », qui permettent à l'individu à s'adapter à l'environnement auquel il vit, en essayant de résoudre les problèmes qui le confronte d'une façon efficace et logique.

Delà, nous avons pris en charge dans ce cadre un sujet de recherche intitulé « la pensée et la logique chez l'adolescent épileptique », contenant deux variables très important dans le domaine cognitif, qui sont « la pensée » et « la logique » ; ces dernières se modifient au fur et à mesure que se développe l'intelligence, et qui caractérisent les fonctions cognitives complexes.

Notre but de recherche consiste à étudié et analysé la nature et le degré du développement de l'intelligence et le fonctionnement de la pensée et la logique chez une adolescence épileptique , en analysant les processus de la pensée , les performances cognitives et les procédures utilisées par notre cas d'étude en analysant ses stratégies adoptées pour résoudre « un travail cognitif », qui peut être entraver dans leurs développement et fonctionnement par la pathologie de l'épilepsie.

Delà nous avons posé la problématique principale suivante :

"Dans le cas d'épilepsie, si l'épileptique souffre d'un dysfonctionnement de la pensée et la logique ; Alors quel est la nature et l'origine de ce dysfonctionnement?" , si ce n'y de répondre à l'action et à l'influence de facteurs d'ordre générale liées à la gravité de la situation clinique, de sa durée, de son cour, de l'époque ou elle s'est manifestée, du tempérament du sujet, du milieu socio- familiale, etc...

Pour répondre a cette problématique, nous inspirant de deux approches ; la première est théorique en se référant aux théories cognitives ; d'une part la théorie structuraliste de J.Piaget qui permet de mieux comprendre le développement et le fonctionnement de la pensée et la logique chez l'individu ;et d'autre part la théorie néo-structuraliste de J.P.Léone qui met en évidence les principaux opérateurs méta-constructif misent en jeu dans le « travail cognitif » ;alors que la deuxième approche est théorico-clinique pour but d'une étude globale et précise des mécanismes, processus de la pensée et les compétences cognitives en se référant

aux travaux de S.Bourges et B.Gibello ; le premier a étudié le fonctionnement des compétences cognitives en analysant les principaux troubles cognitifs spécifiques , et le deuxième est l'un des principaux fondateurs du cadre théorico-clinique susceptible de mettre en évidence le lien entre les caractéristiques cognitives et les processus psychopathologiques dans le but de délimiter les frontières des troubles cognitivo-intellectuels chez les épileptiques en détectant les principaux facteurs psychologiques et sociale qui ont un impact néfaste sur le travail cognitif.

De plus notre recherche comporte trois partie qui comportent deux ou trois chapitres , la première partie consiste a définir et éclairer la pathologie de l'épilepsies et ses répercussions et les principaux théories cognitives ; la deuxième partie a pris en charge la méthodologie et démarche d'approche en utilisant les tests cognitifs et projectifs et en analysant ses résultats en se basant sur les théories cliniques ; et enfin la troisième partie qui consiste a étudié les principaux aspects psychopathologiques et désordres relationnels socio-familiaux qui peuvent entraver le développement et le fonctionnement de la pensée et la logique et d'être l'origine d'un développement dysharmonique chez l'épileptique.

## **SOMMAIRE:**

-Remerciements

-Résumé

-Table de matière

-Introduction générale.....01

### **Première partie:"L'épilepsie essentielle et les théories cognitives"**

Chapitre I : "La clinique de l'épilepsie essentielle".....05

\*Introduction.....05

I-1 Approche psychopathologique de l'épilepsie essentielle.....05

I-1-1 Historique.....05

I-1-2 Définition .....07

I-1-3 Causes.....08

I-1-4 Diagnostic.....09

I-1-5 Classification.....10

A-Classification des épilepsies idiopathiques.....10

\*-Epilepsie généralisée idiopathique (essentielle).....10

\*-Epilepsies partielles idiopathiques (essentielle).....11

B-Classification des syndromes épileptiques idiopathiques (essentielle).....12

\*-Syndromes épileptiques idiopathiques de l'adolescence.....12

\*-Syndromes épileptiques idiopathiques non reliés à l'âge.....13

I-1-6 Thérapie.....16

A-Thérapie médicamenteuse (antiépileptique).....16

B-La psychothérapie.....17

\*Les psychothérapies individuelles.....18

\*Les psychothérapies collectives.....18

I-2 Approche psychopatho-cognitive de l'épilepsie essentielle.....18

I-2-1 Conséquences neurocognitive de l'épilepsie essentielle.....18

\*Conclusion.....18

Chapitre II : « la théorie structuraliste de Jean.Piaget : développement et fonctionnement de la pensée et la logique ».....	19
*Introduction .....	19
II-1 La théorie structuraliste : développement et fonctionnement de la pensée et la logique....	20
II-1-1 Définition piagétienne de l'intelligence humaine :.....	20
A-Le domaine épistémologique.....	21
B-Le domaine biologique .....	21
C-Le domaine logicomathématique .....	22
II-1-2 Les processus et mécanisme fondamentaux de la pensée chez J.Piaget:.....	23
A-La notion d'adaptation .....	23
B-Processus d'assimilation .....	24
C-Processus d'accommodation .....	25
D-Fonctionnement de l'équilibration .....	25
E- La décentration .....	26
II-1-3 L'approche clinique piagétienne:.....	27
II-1-4 La notion de structure et structuration de la pensée :.....	28
A-Définition de la pensée et la logique :.....	28
*Définition de la pensée .....	28
*Définition de la logique .....	29
B- Les stades du développement de la pensée :.....	31
a-La pensée chez l'enfant :.....	31
a-1 Le stade sensori-moteur (0-2 ans) :.....	31
1-Stade I (0-6 semaines).....	31
2- Stade II (6 semaines-4/5 mois).....	32
3- Stade III (4/5-9 mois).....	32
4- Stade IV (9-12 mois).....	32

5- Stade V (12-18 mois).....	33
6- Stade VI (18-24 mois).....	33
a-2 Le stade de l'intelligence symbolique (sémiotique) ou préopérateur à l'intelligence opérateur concrète (2-11/12ans) :.....	33
1- Stade préopérateur (2-6/7 ans).....	33
2-Stade des opérations concrètes (7/8-11/12ans) .....	33
b-La pensée chez le jeune adolescent :.....	35
b-1 La structuration de la pensée et la logique.....	35
1-Le stade des opérations formelles (11-12ansà15-16ans).....	35
*Définition .....	35
*Les caractéristiques de la pensée de l'adolescent .....	36
Chapitre III : « Théories néo-structuralistes : la théorie des opérateurs constructif de Juan Pascual Léone ».....	46
*Introduction.....	46
III-1 L'approche néostructuraliste : la théorie des opérateurs constructifs.....	47
III-1-1 Le système subjectif.....	49
*Les schèmes affectifs.....	50
*Les schèmes personnels .....	50
*Les schèmes cognitifs.....	50
III-1-2 Le système méta constructif.....	53
*L'opérateur M.....	54
*L'opérateur I.....	57
*Les opérateurs L et C.....	57
*L'opérateur F.....	59
*Les opérateurs A et B.....	60
III-2 L'organisation fonctionnelle du méta sujet.....	60
*Conclusion.....	60

## **Deuxième partie: "La méthodologie et démarche d'approche"**

chapitre1: « Évaluation clinique du cas ».....	62
*Introduction.....	62
I-1 Présentation du cas et anamnèse:.....	63
I-1-1 Présentation du cas.....	63
I-1-2 Le contexte médical.....	63
I-1-3 La clinique du cas .....	64
I-1-4 Le contexte des surgissements des crises.....	65
I-1-5 Les modalités d'accompagnement thérapeutique et leur conséquences sur le cas.....	66
*-La phase de latence (09-11 ans).....	66
*-La phase de préadolescence (11-12 ans).....	67
*-La phase d'adolescence (13-18 ans).....	68
I-2 La mesure de l'intelligence :.....	69
I-2-1 Présentation du matériel de test (wais):.....	71
A-Les épreuves verbales.....	71
B-Les épreuves de performance.....	73
I-2-2 L'intérêt du choix du test.....	75
I-3 Evaluation et localisation des potentiels cognitifs du cas.....	77
I-3-1 L'application de WAIS et ses résultats.....	77
A-L'intelligence, pensée et raisonnement.....	77
B-L'intelligence, adaptation scolaire et sociale.....	91
C-L'intelligence, capacités mnésiques et d'apprentissage.....	98
D-L'intelligence, et les capacités perceptives.....	102
E-L'intelligence, et schéma corporel.....	104

Chapitre II : " Instrumentalisation et délimitation des troubles "	107
*Introduction.....	107
II-1 Les mécanismes de la pensée chez une jeune épileptique.....	107
II-2 L'approche projective.....	111
II-2-1 Présentation du test le dessin de la famille.....	111
A- Historique.....	111
B- Consigne de passation.....	115
C- Observation pendant la passation.....	115
D- Composition de la famille dessinée par rapport à la famille réelle.....	116
E- Interprétation.....	117
II-2-2 L'intérêt du choix du test le dessin de la famille.....	118
II-3 Le dessin de la famille et ses résultats.....	119
II-3-1 Observation du cas pendant la passation du test.....	119
II-3-2Analyse de la production graphique.....	120
A- Aspect global.....	121
B- Aspect détaillé.....	122
C- Aspect clinique.....	125
II-3-3 Hypothèses et synthèse interprétative.....	132
A-Hypothèse N°01 : « le complexe d'Oedipe non résolue ».....	132
B-Hypothèse N°02 : « vécu du conflit œdipien ».....	133
C-Hypothèse N°03 : « non acceptation de l'identité sexuelle (la féminité) ».....	134
D-Hypothèse N°04 : « inadaptation sociale et troubles du comportement ».....	135
E-Hypothèse N°05 : « incapacité de se détacher du réel et l'interdit de la pensée imaginaire ».....	135
F-Hypothèse N°06 : « l'inhibition de la pensée et la discontinuité psychique/cognitive ».....	136
II-4 Synthèse des deux approches.....	140

* Conclusion.....	143
<b>Troisième partie : Le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique</b>	
Chapitre I : « structuration identitaire chez une adolescente épileptique ».....	144
*Introduction.....	145
I-1 L'adolescence : définition.....	148
I-2 Les origines de l'adolescence et les parcours maturationnels.....	148
I-2-1 le parcours maturatif intellectuel.....	148
I-2-2 le parcours maturatif affectif.....	150
I-3 L'enjeu identitaire de l'adolescente épileptique.....	152
I-4 Crise d'adolescence et son impact sur le fonctionnement cognitif.....	154
I-5 Remaniement et réorganisation de la personnalité épileptique chez le cas « n ».....	156
I-5-1 L'efficacité intellectuelle.....	157
I-5-2 Le caractère épileptique.....	158
*conclusion.....	159
Chapitre II : « Conflictualité et dysharmonie caractérielle évolutive ».....	160
*Introduction.....	160
II-1 Définition de la souffrance psychique.....	160
II-2 Caractéristiques de la souffrance psychique chez l'adolescente épileptique.....	162
II-2-1 L'épilepsie et son interprétation par le cas « N ».....	162
II-2-2 Le moment de rupture dans l'histoire du cas « N ».....	163
II-2-3 L'épilepsie et l'image du corps.....	164
II-3 L'expressivité des troubles et leurs compréhension chez le cas « N ».....	166
II-3-1 L'expression somatique : l'obésité.....	166
II-3-2 L'expression comportementale et trouble de caractères :.....	166
A- Instabilité psychomotrice et impulsivité.....	167
B- Violence et agressivité.....	167
C- La rage narcissique.....	167

*Conclusion.....	171
Chapitre III : « Aspects psychopathologiques des désordres relationnels socio - familiaux ».....	172
*introduction :.....	172
III- 1- Le monde social de l'épileptique adolescent :.....	172
III-1-1 L'épileptique et le milieu scolaire :.....	172
III-1-2 L'épileptique et l'amitié :.....	173
III-1-3 L'épileptique et sa famille :.....	174
III-2 Les retentissements de l'épilepsie sur les rapports (parents-enfants).....	175
III-2-1 Les relations de l'épileptique avec ses parents.....	175
A- Relation mère-fille .....	175
B- Relation père-fille .....	175
III-2-2 Les relations de l'épileptique avec ses frères et sœurs :.....	176
A-Rivalité fraternelle :.....	176
*conclusion .....	178
* références.....	180
*annex	

## **Table de matière : Tableaux et figures**

### **I-Tableaux :**

- 1- Tableau 1 : Classification internationale des épilepsies et syndromes épileptiques.....14-15
- 2- Tableau II : prédiction des valeurs de « M » en fonction de l'âge et correspondances avec sous stades piagétien.....56
- 3- Tableau III : Evaluation clinique des processus, performance cognitifs (intelligence, pensée, raisonnement) adoptés par le cas « N » face aux épreuves de performance (arrangement d'images, cube).....82-83
- 4- Tableau IV : Evaluation clinique des processus, performance cognitifs (intelligence, pensée, raisonnement) adoptés par le cas « N » face aux épreuves verbale (arithmétique similitude).....87-88
- 5- Tableau V : Evaluation clinique des capacités adaptatives, sociale et scolaire adoptés par le cas « N » face aux épreuves verbale (information, vocabulaire, compréhension).....96-97
- 6- Tableau VI : Evaluation clinique des capacités mnésique et d'apprentissage adoptées par le cas « N » face aux épreuves (mémoire immédiate des chiffres, code).....101
- 7- Tableau VII : Evaluation clinique des capacités perceptives adoptées par le cas face aux épreuves (Complètement d'image).....103
- 8- Tableau VIII : Evaluation clinique des capacités de représentation mentale de l'image du corps, schéma corporel adoptées par le cas face aux épreuves (assemblage d'objets).....106
- 9- Tableau VIII : Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence.....147

### **II- Figures :**

- 1- Figure 1 : Organisation du système subjectif dans la théorie des opérateurs méta-constructifs « Juan .Pascual .Léone ».....52
- 2- Figure II : Schéma interprétatif des données obtenues à partir du dessin de la famille.....137-138
- 3- Figure III: Schéma interprétatif des données obtenues à partir du dessin de la famille .....139

## ***“Introduction générale”***

## **\*Introduction générale:**

La pensée et la logique sont des fonctions cognitives très complexes, qui ont été le sujet de plusieurs recherches neurocognitives, psycho-cognitives, et psychopathologiques, y compris notre recherche en psychopathologie d'épilepsie. Ces dernières se modifient au fur et à mesure que se développe l'intelligence, comme la bien définie Jean Piaget:

**" L'intelligence évolue par bonds, d'un stade à l'autre, du concret vers l'abstrait, du biologique vers les activités symboliques complexes telle qu'elles sont mises en jeu par la pensée logique. au cours de son cheminement l'enfant, acteur de son développement interne qui le conduit dans une direction unique : pensée formelle".**

Ce cheminement du développement peut être freiné par la pathologie d'épilepsie, qui est l'une des maladies qui touche le cerveau et paraissent être fréquentes chez l'enfant et l'adolescent. Cette dernière s'accompagne souvent par des difficultés d'apprentissage et d'insertion sociale liées entre autre à des déficits cognitifs, cependant l'analyse systématique des perturbations est difficile en raison de l'implication d'une multitude de paramètres: l'étiologie, types de crises, localisation du type épileptogène, âge du début et la durée de la pathologie, traitement antiépileptique, tempérament du sujet, du milieu socio familial...

La question qui se pose à ce niveau d'analyse: ce cheminement du développement de la pensée et la logique peut être freiné, voir même régresser par la pathologie de l'épilepsie, et ses multiples crise ?

delà, nous avons posé la problématique principale suivante : "Dans le cas d'épilepsie, si l'épileptique souffre d'un dysfonctionnement de la pensée et la logique ; Alors quel est la nature et l'origine de ce dysfonctionnement?" si ce n'y de répondre à l'action et à l'influence de facteurs d'ordre générale liées à la gravité de la situation clinique, de sa durée, de son cour, de l'époque où elle s'est manifestée, du tempérament du sujet, du milieu socio- familiale, etc...

Pour répondre à cette problématique, nous déduisons quelques hypothèses :

\*Si le phénomène épileptique avec sa brutalité et ses conséquences entrave le développement de la pensée logique, voir freiner ou fait régresser, alors quelle est la nature du processus de la pensée et des performances cognitives, endommagées chez une adolescente épileptique?

\*S'il existe une discontinuité du développement et du fonctionnement de la pensée et la logique, alors une étude descriptive des caractéristiques cognitives de notre cas pourrait-elles

révéler un profil cognitivo-intellectuel spécifique, conjointement avec un profil psychopatho-cognitif spécifique ?

La mise en évidence de tels profils permettrait de mieux comprendre la pathologie de l'épilepsie avec ses répercussions, puisque de tracer les frontières de cette pathologie, entre les domaines cognitif, affectif, et social. Ces aspects selon nous sont des fonctionnalités complémentaires d'un seul et même système, à l'intérieur propre duquel chacun de ses domaines dispose de méthodes et de processus. Ces derniers s'ils sont entravés dans leurs fonctionnement pourraient influencer négativement sur les processus d'un autre domaine (exemple: cognitif).

Alors ses approches s'intéressent au même objet : le fonctionnement psychique pour citer **Perron" le psychisme est un appareil complexe, à considérer sous deux axes complémentaires : quant à ses relations avec l'extérieur, c'est à dire quant à sa fonction adaptative, et quant à son équilibre interne».**

Delà, la faculté de pensée d'une façon logique est l'une des fonctions les plus complexes de l'appareil psychique.

Dans la partie clinique de cette partie, nous avons donc pris position pour une approche clinique de l'évaluation intellectuelle et en élargissant la définition des troubles des fonctions cognitives vers un champ plus vaste qui est celui des troubles d'organisation de la pensée et du raisonnement logique. Nous nous sommes inspirés des travaux réalisés par B.Gibello (1995) élaboré dans les années quatre-vingt. D'une part il constitue actuellement le seul cadre théorico-clinique susceptible de mettre en évidence le lien entre les caractéristiques cognitives et les processus psychopathologique, et d'autre part il constitue un exemple d'application des outils provenant des sciences cognitives pour détecter et approfondir les compétences cognitives qui sous-tendent les performances des enfants ou adolescent et plus précisément les processus de la pensée mis en œuvre dans un contexte psychopathologique tel que l'épilepsie. Avec ce modèle, la pensée de l'adolescent est présenté comme la résultante d'un tressage à trois brins ( narcissique, fantasmatique, et cognitif), qui permet la formation de la clarté de la pensée. A partir d'un protocole spécifique d'évaluation cognitivo-intellectuelle(WAIS) tel que proposé dans les résultats de l'échelle de développement de la pensée logique de F. Longeot (1969), qui n'est pas disponible en Algérie, ceci nous a obligé à s'accrocher aux cadre théorico-clinique qui se référant à un dualisme de théories complémentaire :

-D'une part la théorie structuraliste de Piaget qui souligne que l'augmentation progressive du pouvoir d'abstraction et les capacités d'auto-analyse, de réflexion et de représentation du monde extérieur offrent à la pensée de nouveaux horizons, cela implique le passage d'une position d'apprentissage passif, où les informations et les expériences sont simplement accumulées par le sujet qui en bénéficie à une position d'apprentissage actif, où le sujet intervient directement sur les matériaux à apprendre par le moyen des mécanismes mentaux à sa disposition, qui se modifient à fur et à mesure du dépassement des phases de développement.

-D'autre part la théorie néo-structuraliste de développement et d'organisation cognitive qui éclaire le rôle des mécanismes de régulation du fonctionnement de la pensée principalement le modèle de Juan Pascual Léone (La théorie des opérateurs constructifs) qui propose le moyen de l'énergie mentale (Mental Power ou Opérateurs M) essentiel pour mettre en action les procédures de la pensée de plus en plus élaborées. En plus de l'énergie mentale, d'autres facteurs généraux liés aux substrats neurobiologique peuvent conditionner les performances cognitives et affiner un dynamisme évolutif. Ceux sont là par exemple les mécanismes d'inhibitions sélective, la rapidité d'utilisation des mécanismes de la pensée, etc... Dans un contexte normal ou en pathologie.

Dans cette recherche pour évaluer les compétences cognitives et mettre à jour les caractéristiques principales des processus cognitifs utilisés par une épileptique adolescente, nous avons songé à nous baser sur deux approches cliniques, l'une cognitive (évaluation cognitivo-intellectuelle par WAIS), et l'autre projective (évaluation fantasmagique et relationnelle par le test du dessin de la famille), pour atteindre ces objectifs:

**1-**La mesure du développement de l'intelligence en utilisant le WAIS va nous permettre de connaître les processus de la pensée, les performances cognitives et les procédures utilisés par notre cas d'étude en examinant ses stratégies adoptés face aux subtests de WAIS, et également d'évaluer l'impact de la pathologie de l'épilepsie sur la pensée de notre cas retenu.

**2-**Dégager les principaux mécanismes, processus défaillant, entravés dans leurs cours et fonctionnement par la pathologie de l'épilepsie et qui peuvent être à l'origine d'un dysfonctionnement cognitif (développement insuffisant de la pensée logique), en analysant l'œuvre (d'après la théorie structuraliste de Piaget), et qui sont: décentration, assimilation, accommodation, équilibration, adaptation; Et d'autre part en analysant les principaux agents de la théorie des opérateurs constructifs (d'après Juan Pascual Léone), qui sont : l'espace mental, opérateur d'apprentissage et l'opérateur d'inhibition.

**3-**Essayer de situer les frontières de la pathologie de l'épilepsie en utilisant un test projectif qui nous permettra de dégager les différents aspects psychopathologique (conflits psychiques, souffrance psychique,...), et psychosociologique (conflit familial, désordre relationnel,...), qui peuvent entraver le fonctionnement, voir le développement de la pensée et la logique.

**4-**Et Enfin, procéder à l'analyse descriptive des principales caractéristiques cognitives de notre cas d'étude et intégrant des observations élémentaires sous-jacentes au fonctionnement mental, révélant un profil cognitif spécifique d'une organisation psychopathologique de l'épilepsie.

Comme tous chercheurs, nous sommes passés par plusieurs obstacles et difficultés, avant de pouvoir réaliser cette recherche, nous allons essayer de les citer brièvement :

\*Difficultés à trouver les cas, vu le refus de déclarer leur épilepsie surtout à l'adolescence, où la construction de l'identité et de la personnalité deviennent des enjeux déterminants pour le jeune face à son avenir.

\*Difficultés à tracer les frontières entre les difficultés liées à la période d'adolescence et les conséquences psychologiques de la maladie de l'épilepsie.

\*Indisponibilité des tests : Echelle de développement de la pensée logique de F.Longeot.1969.

\*Indisponibilité des études antérieures sur la thématique de la recherche et de la documentation concernés.

***La première partie:***

***“L’épilepsie essentielle et les théories  
cognitives”***

**Chapitre I: "La clinique de l'épilepsie essentielle"****I-1 Approche psychopathologique de l'épilepsie essentielle :****I-1-1 Historique:**

Pendant plusieurs années, les épileptiques ont suscité la crainte, la suspicion et l'incompréhension, et ont été rejetés par la société. Ils étaient traités comme des parias et punis. Au 19ème siècle, avec les débuts de la neurologie qui commençait à s'imposer en tant que nouvelle discipline distincte de la psychiatrie, l'épilepsie fut définie comme "un dérèglement cérébral". Ceci a contribué à atténuer l'ostracisme à l'égard de l'épilepsie.

Les origines de la conception moderne de la pathophysiologie de l'épilepsie remontent aussi au 19ème siècle, avec les travaux de H. Jackson, qui a émis l'hypothèse que les crises d'épilepsie étaient provoquées par des décharges électrochimiques brutales d'énergie dans le cerveau et que les caractéristiques des crises étaient liées à l'emplacement et à la fonction des zones des décharges(1873).

De plus c'est en Allemagne que le psychiatre H.Berger a découvert l'électroencéphalogramme(EEG), qui a révélé la présence de différents types d'ondes de l'activité électrique cérébrale correspondant à différents type de crises. L'EEG a permis de localiser les zones de décharges épileptiques qui provoquent les crises et de développer les possibilités de traitements neurochirurgicaux.

Une attention accrue se porte de plus en plus sur la qualité de la vie, sur les problèmes psychologiques et sociaux auquel sont confrontées les personnes atteintes d'épilepsie mais les progrès sont lents et les services insuffisants, car les problèmes d'ostracisme restent les mêmes un peu partout, les épileptiques restent confronté aux vieilles croyances surnaturelles, au rejet social et à la discrimination. Même dans les pays développés, les crises d'épilepsie demeurent taboues et les personnes qui en souffrent préfèrent ne pas en parler.

Concernant la révolution scientifique psychanalytique, nous allons présenter les premiers et principaux psychanalyste qui ont pris en charge le sujet de l'épilepsie du point de vue psychologique et psychanalytique. S.Ferrenzi est le psychanalyste cité le plus souvent pour son article «à propos de la crise épileptique » écrit en 1921, il est présenté fréquemment comme le seul article psychanalytique sur l'épilepsie, il déclare: «Si je cherche un équivalent de ces

---

décharges dans la pathologie, je pense inévitablement à l'épilepsie essentielle, la plus problématique des grandes névroses. Et si j'admets qu'en ce qui concerne l'épilepsie, il soit difficile de séparer le physiologique du psychologique, je me permettrais cependant de faire remarquer que les épileptiques passent par être des individus extrêmement sensibles dont la docilité laisse percer au moindre prétexte une rage et une soif de domination effrayante. Jusqu'à présent, ce trait de caractère était généralement interprété comme effet secondaire, une conséquence des crises fréquentes. Mais il faut également envisager une autre possibilité: La crise épileptique ne pourrait-elle pas être considérée comme une régression à la période infantile de l'accomplissement du désir par des mouvements incoordonnés? Les épileptiques seraient donc des individus dont les efforts de plaisir s'accumulent et s'abrègent périodiquement dans des crises paroxystiques."<sup>1</sup>

Ferenzi donne son avis sur ce processus de régression vers un stade d'organisation extrêmement primitif jusqu'à la situation intra-utérine, en ajoutant qu'au cours de la manifestation des crises, l'attitude de l'épileptique est en tous points semblable à celle du fœtus au sein de la mère, fœtus que nous nous représentons immobile et sans connaissance. Cependant la première période de la crise d'épilepsie est celle de la chute et des convulsions, qui rappelle plutôt à son avis les expressions incoordonnées de déplaisir d'un enfant déjà né mais insatisfait ou irrité.

Deplus Stekel en 1911 dans son article considère l'épilepsie comme une maladie psychonévrotique «les manifestations épileptiques seraient des formes particulières de situation, une forte tendance au "dédoublement de la personnalité" elle serait présente chez eux et se manifesterait non seulement par des crises mais aussi par d'autres phénomènes comme "états de rêves", les absences passagères, une grande activité imaginative, une tendance à la criminalité »<sup>2</sup>.

P. Clarke en 1915 a tenté d'expliquer le phénomène épileptique en se basant sur la conception psychanalytique de la schizophrénie. Il considère l'attaque épileptique comme une tentative pour satisfaire les désirs sexuels dans un contexte de fixation de la libido à un état précoce de son développement (infantilisme affectif, narcissisme). D'autres éléments caractérisant les épileptiques seraient une identification à la mère, de fortes composantes narcissiques et

---

<sup>1</sup> : André, Polard ; *Epilepsie du sujet (études psychanalytiques)*, Harmattan, Paris, p1.

homosexuelles, une incapacité de la libido à s'investir: Ces patients ne supporteraient pas les traumatismes quotidiens. Ils y réagissent par des "attaques" qui constituent une protection face à des stimulations trop forte. Ceci correspondrait à une fuite de la réalité et une tentative de retour à l'époque fœtale<sup>3</sup>.

P.Schilder en 1925 a étudié le contenu des confusions épisodiques et des états crépusculaire post paroxystiques, tandis que E.Jellife (1935-1937) le considère comme un trouble important et commun à toutes les formes d'épilepsie, une distribution d'énergie nerveuse défectueuse ou déficiente qui pourrait être occasionnée par de nombreuses causes<sup>4</sup>.

Enfin, les chercheurs contemporains ont aboutis non seulement à une explication précise de l'épilepsie, mais aussi a changé le regard des psychiatres, neurologues...sur cette pathologie, ce qui a fructifié d'avantage les recherches psychopathologiques récentes sur ce sujet.

### **I-1-2 Définition:**

La définition scientifique moderne de l'épilepsie situe "la crise épileptique" comme des manifestations cliniques motrices, sensibles, sensorielles ou psychiques, accompagnées ou non d'une perte de conscience ,liées à une décharge anormale ,excessive et hyper synchrone d'une population plus ou moins étendue de neurones du cortexcébral. La maladie épileptique est définie par la répétition chez un même sujet de crises épileptiques spontanées"<sup>5</sup>.

D'après Dravet et autres en 1988, l'épilepsie peut aussi être définie par sa sévérité (20% des épilepsies sont dites "sévères") en fonction de différentsfacteurs.

Delà l'apparition de plusieurs classifications de la maladie épileptique, les principales formes d'épilepsies est l'épilepsie idiopathique (partielle ou généralisée), et l'épilepsie symptomatique (partielle ou généralisée).

Notre recherche porte sur la première forme d'épilepsie ( épilepsie idiopathique) qui est une épilepsie à prédisposition héréditaire dont l'étiologie ne peut être attribuée à une lésion

---

<sup>3</sup> : Catherine.Graindorge ; *Comprendre l'enfant malade, d u traumatisme à la restauration Psychique*, Dunod, paris. P104

structurale objectivable, mais qui semble résulter d'une insuffisance des mécanismes inhibiteurs en tout temps nécessaires à l'autorégulation cérébrale; le tableau clinique se caractérise par des absences, des crises myocloniques ou tonico-cloniques et l'EEG peut être normal ou perturbé.

Le terme "idiopathique" vient du grec "idio" qui veut dire "en soi" ou "propre" dans le sens où les crises sont produites par le cerveau lui-même (en soi) sans être précédées ou occasionnées par un autre désordre<sup>6</sup>.

L'épilepsie idiopathique à plusieurs synonymes "épilepsie cryptogénique", "épilepsie essentielle", ou même "épilepsie primaire", qui est un ancien terme pour nommer l'épilepsie idiopathique. Les deux terminologies "épilepsie idiopathique" et "épilepsie cryptogénique" sont parfois utilisées de façon interchangeable, particulièrement dans les livres et les articles les plus anciens. Mais actuellement les chercheurs contemporains ont pu différencier entre ces deux types d'épilepsie; L'épilepsie idiopathique est une perturbation biologique fonctionnelle ( sans lésion cérébrale), à prédisposition héréditaire probable et pouvant connaître un bon pronostic; Tandis que l'épilepsie cryptogénique est caractérisée par des crises qui sont vraisemblablement provoquées par une lésion organique pouvant ne pas être identifiable.

### **I-1-3 les causes:**

Quelles sont les causes de l'épilepsie idiopathique ou essentielle ?

Par définition, l'épilepsie idiopathique (essentielle) ne comporte aucune cause sous-jacente apparente, liée à un problème de structure de cerveau ou à un trouble métabolique. Il est possible que l'épilepsie idiopathique soit causée par de minuscules anomalies au niveau cellulaire.

Plusieurs études ont signalé que beaucoup de syndromes d'épilepsie idiopathique, mais pas tous sont liés à un facteur génétique. Dans la plupart des cas, la façon précise avec laquelle l'épilepsie est héritée n'est pas claire. Cependant selon certaines recherches récentes, les gènes pourraient dans 70% à 90% des cas, être responsables de la tendance de développer une épilepsie.

---

<sup>6</sup> : Philippe, Fouchet ; *la clinique de l'épilepsie*, presses universitaires de reines, 2008, p37.

**I-1-4 Le diagnostic:**

Comme on a vu la maladie de l'épilepsie se définir par la répétition chez le même sujet, de crises d'épilepsie spontanées. Une crise épileptique unique ou répétée dans un cadre d'une affection cérébrale est simplement "accidentelle, accompagnent un dysfonctionnement transitoire et réversible du système nerveux central".

Bien que les données électroencéphalographiques (EEG) soient d'importance capitale dans le diagnostic, il ne sera pas porté sur ces seules données; Il n'y a pas d'épilepsie sans crise clinique. La sémiologie clinique des crises épileptiques dépend de l'origine topographique et de la population des décharges neurales.

En ce sens le diagnostic de la maladie d'épilepsie se base sur deux éléments:

\*Un énoncé des caractéristiques électro-encéphalographique des crises épileptique, bien qu'elles peuvent rester muette dans le cas d'épilepsie idiopathique, ce qui nécessite d'accompagner l'EEG par d'autres examens médicaux (IRM, Radio du crâne,...).

\*Un énoncé des caractéristiques cliniques des crises d'épilepsie.

D'une façon générale toute épilepsie dépend d'une prédisposition génétique et de facteurs acquis, toute agression cérébrale étant potentiellement épileptogène. Lorsque la prédisposition génétique est le facteur prédominant, la maladie se manifeste comme une épilepsie primaire ou idiopathique en absence apparente de toute lésion cérébrale. Cette prédisposition génétique intervient ainsi de façon pratiquement certaine dans les épilepsies partielles idiopathiques de l'enfant, le petit mal, et épilepsie myoclonique juvénile avec un risque de transmission de la maladie de 2% à 8% selon les formes.

La distinction entre l'épilepsie acquise et l'épilepsie primaire ou idiopathique est difficile, car le diagnostic nécessite une étude sémiologique des crises, l'âge du début, les données d'examen clinique et l'EEG. Les examens d'imagerie (scanner X et IRM) et éventuellement un bilan biologique, dans le cas d'épilepsie généralisée ou partielle idiopathique, ce bilan sera normal, ce qui pousse l'examineur à s'étendre davantage sur l'histoire de l'épileptique en cherchant l'existence ou pas des antécédents familiaux et les facteurs de déclenchement.

**I-1-5 classification:****A-Classification des épilepsies idiopathiques:**

Deux axes permettent de classer les épilepsies:

\*La notion d'une décharge neuronale localisée ou généralisée au cours de la crise, permettant d'opposer les épilepsies partielles aux épilepsies généralisées.

\*La notion d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral identifiable par la clinique ou les examens complémentaires, qui caractérisent les épilepsies secondaires (symptomatiques) en les opposant aux épilepsies primaires (idiopathiques).

Ainsi l'épilepsie idiopathique peut être classée en deux catégories: "épilepsie partielle idiopathique" et "épilepsie généralisée idiopathique".

**\*-Epilepsie généralisée idiopathique (essentielle):**

Les épilepsies généralisées idiopathiques (EGI) sont de loin les plus fréquentes des épilepsies généralisées; Elles se caractérisent par l'apparition dès l'enfance, l'adolescence, ou début d'âge d'adulte, manifestées par des crises généralisées tonico-cloniques, myoclonique matinale, ou de simple absence de courte durée, les données d'EEG révèlent une anomalie généralisée et une photosensibilité. Les principales épilepsies généralisées idiopathiques sont:

-Convulsions néonatales familiales bénignes : crises cloniques, apnéiques ou tonico-cloniques à J2, J3. Sans critère EEG spécifique ; rare évolution vers une épilepsie ultérieure ; hérédité dominante (bras long du chromosome 20 ou chromosome 8, mutation d'un canal potassique).

-Convulsions néonatales bénignes : crises cloniques ou apnéiques fréquentes à bascule à J5. Il n'y a jamais de crises toniques ; l'EEG inter-critique : "thêta point alternant" ; évolution favorable ; exceptionnelle épilepsie ultérieure.

-Epilepsie myoclonique bénigne du nourrisson : brèves myoclonies généralisées pendant la première ou la seconde année chez des enfants normaux ; EEG : pointes-ondes rapides généralisées synchrones des secousses myocloniques ; crises facilement contrôlées par le traitement ; évolution habituellement favorable. Des CGT peuvent survenir à l'adolescence.

**\*-Epilepsie partielle idiopathique (essentielle):**

Les épilepsies partielles idiopathiques ont les caractéristiques commune que celles déjà vues, les crises sont brèves et rares pouvant se grouper en début d'évolution, les anomalies EEG sont activées par le sommeil. Les principales épilepsies partielles idiopathiques sont:

-Epilepsie à paroxysmes rolandiques (EPR) : (à pointes Centro-temporales), la plus fréquente des épilepsies de l'enfant et la plus typique des EPI : deux fois plus fréquente que l'épilepsie absences. (50% des cas) ; âge de début entre 3 et 13 ans ; vers 9 ans en moyenne, légère prédominance masculine. De pronostic excellent, la guérison est de règle vers 16 ans. Ses caractères sont les suivants :

- survenue chez des enfants indemnes de toutes lésions cérébrales anciennes ou évolutives :

-Crises partielle simples de la région bucco-faciale : clonies d'une hémiface, paresthésies de la langue ou des gencives, hyper-salivation, impossibilité de parler, l'enfant restant conscient pendant toute la crise. Elles peuvent s'étendre au membre supérieur ou se généraliser secondairement. Les parents sont souvent réveillés par des bruits vocaux (raclements de gorge, grognements, gargouillement).

- crises très liées au sommeil attirant l'attention de l'entourage par des bruits de gorge ;

- EEG inter-critique : pointes centro-temporales lentes bi-phasiques, rythme de fond normal.

- La rareté des crises, leur brièveté, la survenue nocturne permettent une abstention thérapeutique. Si un traitement est indiqué, il doit être conduit en monothérapie vers l'âge de 16 ans.

-Epilepsie à paroxysmes occipitaux (EPO) : Quatre fois moins fréquente que l'EPR, survenue chez des enfants normaux ou malvoyants ; début entre 2 et 11 ans avec un pic de fréquence à 6 ans ; crises visuelles simples pendant la veille associées ou non à d'autres crises. Une céphalée postcritique est fréquente (diagnostic différentiel avec une migraine) ; EEG : nombreuses pointes-ondes occipitales bloquées par l'ouverture des yeux ; évolution souvent favorable.

**B-Classification des syndromes épileptiques idiopathiques (essentielle):****\*Syndromes épileptiques idiopathiques de l'adolescence :**

-Epilepsie absences de l'adolescence ou absence juvénile : pronostic nettement moins bon que la forme de l'enfant : les CGTC compliquent très souvent son évolution. Caractérisée par la rareté des absences qui apparaissent par périodes (fatigue, règles), en général le matin.

-Epilepsie avec CGTC du réveil : plus fréquente chez les filles, les facteurs déclenchant sont le manque de sommeil, l'absorption excessive d'alcool, un réveil provoqué. C'est une épilepsie photosensible. Une recrudescence cataméniale est fréquente. EEG inter-critique normal ou présence de décharges généralisées de pointes-ondes ou poly-pointes rapides surtout visibles le matin au réveil. La sensibilité au traitement est quasi de règle.

-Epilepsie myoclonique juvénile bénigne (EMJ) : tableau clinique très évocateur si l'interrogatoire est bien conduit. La circonstance du diagnostic est fréquemment la survenue d'une CGTC et l'interrogatoire permet de retrouver l'existence de secousses myocloniques survenant en pleine conscience souvent peu après le réveil (signe de la tasse de café du petit déjeuner). Elles sont favorisées par les nuits écourtées, les réveils brusques. Les myoclonies peuvent précéder de plusieurs mois voire de plusieurs années la spectaculaire CGTC. Des absences brèves et peu marquées, une photosensibilité clinique ou purement EEG peuvent être associées ; EEG inter-critique caractéristique : décharges généralisées avec souvent photosensibilité.

Le qualificatif de bénin : par opposition aux épilepsies myocloniques progressives et en raison d'un contrôle rapide par une monothérapie. Notion de pharmacodépendance: l'arrêt du traitement entraîne dans 90 % des cas une récurrence. Le traitement est poursuivi longtemps, parfois à vie. L'EMJ est génétiquement déterminée : deux gènes majeurs sont vraisemblables : sur le bras court du chromosome 6 et sur le bras long du chromosome 15.

Les principales conséquences cognitives sont des troubles dysexécutifs (raisonnement, planification, inhibition, flexibilité mentale...).

**\* Syndromes épileptiques idiopathiques non reliés à l'âge :**

- En fait, il ne peut s'agir que d'EGI, les EPI n'étant pas décrites chez l'adulte, l'épilepsie généralisée idiopathique commence habituellement dans l'enfance, l'adolescence et peut se prolonger plus tard. Dans moins de 5 % des cas, elle débute chez l'adulte.

- Absence typique, seul type de crises : éventualité peu fréquente, les absences sont brèves, espacées et ne gênent guère les patients. Une éventualité particulière est la survenue chez les adultes d'état de mal absences (assez électivement chez les femmes, lors de la ménopause ou plus tard) ; se présentent comme des déstructurations variables de la conscience allant de la stupeur à un simple ralentissement psychique durant quelques heures à plusieurs jours. L'EEG confirme le diagnostic d'état mal absence. (Indication de l'EEG devant une confusion mentale inexplicquée)

- Myoclonies bénignes : Des myoclonies du réveil apparues dans l'adolescence peuvent persister s'accompagnant de temps en temps de CGTC lors de facteurs déclenchant ou favorisants divers.

- CGTC seules formes de crise : forme d'épilepsie pouvant commencer à tous les âges. Les crises sont habituellement espacées survenant plus fréquemment pendant le sommeil

-Association d'absences et de CGTC : un des syndromes épileptiques les plus communs chez l'adulte. Il a pu débuter très tôt, les CGTC précédant ou suivant les absences ou survenant en même temps quelles. Les absences, chez l'adulte, peuvent être très brèves, passant inaperçues, dangereuses seulement dans des situations où le patient doit réagir rapidement. La fréquence des CGTC n'est pas considérable ; tendance à être déclenchées par des facteurs physiques (fatigue, manque de sommeil, ingestion d'alcool) ou psychiques (émotion, conflit).

**Tableau 1 : Classification internationale des épilepsies et syndromes épileptiques(\*)**

(D'après, Commission, 1989)

**1- Épilepsies et syndromes épileptiques focaux**1.1. Idiopathiques, liés à l'âge

Épilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes rolandiques

Épilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes occipitaux

Épilepsie primaire de la lecture

1.2. Symptomatiques

Syndrome de Kojewnikow ou épilepsie partielle continue

Épilepsies lobaires

Épilepsies du lobe temporal

Épilepsies du lobe frontal

Épilepsies du lobe pariétal

Épilepsies du lobe occipital

1.3. Cryptogénique : Lorsque l'étiologie reste inconnue, on parle d'épilepsie partielle cryptogénique.

**2- Épilepsies et syndromes épileptiques généralisés**2.1. Idiopathiques, liés à l'âge, avec par ordre chronologique :

Convulsions néonatales familiales bénignes

Convulsions néonatales bénignes

Épilepsie myoclonique bénigne de l'enfance

Épilepsie -absences de l'enfance

Épilepsie -absences de l'adolescence

Épilepsie myoclonique juvénile

Épilepsie à crises Grand Mal du réveil

Épilepsies à crises précipitées par certaines modalités spécifiques.

D'autres épilepsies peuvent être classées comme généralisées idiopathiques

Sans faire partie de ces syndromes.

2.2. Cryptogénique ou symptomatiques, avec en particulier :

Spasmes infantiles (syndrome de West)

Syndrome de Lennox-Gastaut

Épilepsie avec crises myoclonico-astatiques

Épilepsie avec absences myocloniques

2.3. Symptomatiques :

2.3.1 Sans étiologie spécifique :

Encéphalopathie myoclonique précoce

Encéphalopathie infantile précoce avec suppression-bursts (Sd d'Ohtahara).

2.3.2 Autres Syndromes spécifiques : De nombreuses étiologies métaboliques ou dégénératives peuvent entrer dans ce cadre

**3. Épilepsies dont le caractère focal ou généralisé n'est pas déterminé**

3.1. Avec association de crises généralisées et partielles, avec en particulier :

Crises néonatales

Épilepsie myoclonique sévère

Épilepsie avec pointes-ondes continues pendant le sommeil lent

Épilepsie avec aphasie acquise (syndrome de Landau-Kieffer)

3.2. Sans caractères généralisés ou focaux certains.

**4. Syndromes spéciaux**

4.1. Crises occasionnelles, liées à une situation épileptogène transitoire :

Convulsions fébriles/Crises uniquement précipitées par un facteur toxique ou métabolique

4.2. Crise isolée, état de mal isolé.

**I-1-6 La thérapie:**

Parallèlement à l'évolution des connaissances sur l'épilepsie, thérapeutique et assistance se sont modifiées. Le fait de considérer l'épileptique dans sa globalité, exigeait de ne plus recourir aux seules chimiothérapies des crises épileptiques. Au traitement antiépileptique, à l'hygiène de vie et au régime, à la neurochirurgie, sont venus s'ajouter les psychothérapies.

**A- Thérapie médicamenteuse:(antiépileptique)**

Pendant la première moitié du 20ème siècle, les principaux médicaments utilisés pour le traitement de l'épilepsie étaient la phénobarbitone (1912), et la phénytoïne (1938) ,depuis les années 60, on découvre de plus en plus de médicaments , classées dans des famille selon leurs actions , types d'épilepsie , type de crises , les données du EEG , et l'âge du patient.

Les principaux médicaments antiépileptiques utilisés pour traités les épilepsies idiopathiques sont:<sup>7</sup>

\*Convulsions néonatales familiales bénignes: Benzodiazépines temporairement.

\*Consultions néonatales bénignes: Benzodiazépines temporairement.

\*Epilepsie myoclonique bénigne de l'enfance:Valproate de sodium.

\*Epilepsie -Absence de l'enfant: Valproate de sodium et/ou Lamotrigine

\*Epilepsie-Absence de l'adolescent:Valproate de sodium et/ou Lamotrigine

\*Epilepsie myoclonique juvénile:Valproate de sodium en première ligne, association à la lamotrigine seule en cas d'échec, pensé à l'éthosuximide et aux benzodiazépines en troisième ligne.

\*Epilepsie à crise grand mal du réveil:Valproate de sodium et/ou Lamotrigine.

---

<sup>7</sup>:Sophie.Dupont. ;Claude Adam ; *Epilepsies (stratégies thérapeutique chez l'adult)e*, France, 2002, pp59

**B-La psychothérapie:**

Outre l'influence du vécu des crises apparaît celle du vécu du traitement médicamenteux (ses effets secondaires) par le malade, qui semble de plus en plus déterminante. Le caractère astreignant de ce traitement, l'accoutumance et parfois la lassitude, la dégradation des facultés cognitives ressenties par le malade, s'ajoutent à la nocivité réelle de certains antiépileptiques. Ceci montre bien la complexité de conduite d'un traitement nécessitant le soutien de l'entourage, la collaboration du malade, la recherche du type de la profession souhaitable pour une meilleure réinsertion socioprofessionnelle.

Le support psychothérapique s'avère donc essentiel. Il doit s'exercer aussi bien vis à vis de l'entourage qui a besoin d'explications et de conseils, de réassurance (par la dédramatisation de la situation), que vis à vis du malade lui-même qui peut bénéficier de psychothérapies d'inspiration analytique: cures individuelles ou collectives.

Les principales psychothérapies utilisées pour les épileptiques sont:

\*Les psychothérapies individuelles:

- Psychothérapie de soutien
- Relaxation.
- Psychanalyse.

\* Les psychothérapies collectives:

- Psychothérapie de groupe.
- Psychothérapie familiale.
- Psychodrame.
- Psychothérapie sociale (réinsertion sociale)

**I-2 Approche psychopatho-cognitive de l'épilepsie idiopathique:****I-2-1 Conséquences neurocognitives de l'épilepsie idiopathique:**

Plusieurs études et recherches ont conclu que l'épilepsie idiopathique s'accompagne souvent de déficits cognitifs : parmi eux l'étude de E.Deram et autres ont étudié l'épilepsie idiopathique chez le grand enfant : étude de fonctionnement attentionnel et exécutif<sup>8</sup> (notre choix c'est porté spécialement sur cette étude puisque le début de la maladie chez notre cas d'étude est à l'âge de 08 ans et qu'elle peut suivre le même cheminement de dysfonctionnement des fonction cognitif qui entrave le fonctionnement de la logique et de la pensée). leur étude c'est porté sur des grands enfants (06-12ans) présentant une épilepsie idiopathique, afin d'étudier le fonctionnement attentionnel et exécutif. Leur choix d'instrument d'étude s'est porté sur : K-ABC.L2MA.WISCIII.STROOP...<sup>9</sup>

L'étude des résultats a mis en évidence des déficiences cognitive significatives :

\*déficit dans la mémoire à court terme, à long terme, de l'attention soutenue et de la vitesse de traitement.

Conformément au résultat (William et all ; 1996), leurs résultats suggèrent que l'épilepsie interféré avec les capacités cognitives d'attentions soutenue et d'utilisation de stratégies de traitement . Ces perturbations seraient d'autant plus importantes que les crises apparaissent précocement.

Cette étude préliminaire conduit à nous interroger sur l'implication d'un dysfonctionnement des fonctions cognitives et leur impact sur les procédures de résolution (pensée et logique), parmi eux:

\*l'attention.\*mémoire.\*traitement de l'information.\*vitesse de traitement de l'information.\*les fonctions exécutives.

---

<sup>8</sup> :Lippé ;lassonde.m ; les conséquences neuropsychologiques de l' épilepsie de l' enfant et l' adolescent, revue de psychologie, vol 23.N :2,2002.

**Chapitre II : « la théorie structuraliste de Jean. Piaget : développement et fonctionnement de la pensée et la logique »****\*Introduction :**

Jean Piaget (1896-1980), fils aîné d'Arthur Piaget, professeur de littérature, et la française Rebecca Jackson. Il postule successivement le poste de professeur en psychologie, sociologie, philosophie des sciences à l'université de Neuchâtel (1925 à 1929), professeur d'histoire de la pensée scientifique à l'université de Genève de 1929 à 1939, directeur du bureau international d'éducation de 1929 à 1967, professeur de psychologie et de sociologie à l'université de Genève de 1939 à 1952, puis professeur de psychologie expérimentale de 1940 à 1971.

Dans le fondement de sa théorie structuraliste, Piaget avait une perspective qu'il s'est tracé, il aborde l'étude du développement de la pensée, mais « en commençant dira-t-il plus tard par les facteurs les plus périphériques (milieu social, langage, tout en gardant présent à l'esprit mon but qui était d'atteindre le mécanisme psychologique des opérations logiques et du raisonnement causal ».

Cinq ouvrages rassemblent les observations, interprétations et conclusions de ses entretiens :

- \*le langage et la pensée chez l'enfant 1923 ;
- \*le jugement et le raisonnement chez l'enfant 1924 ;
- \*la représentation du monde chez l'enfant 1926 ;
- \*la causalité physique chez l'enfant 1927 ;
- \*le jugement moral chez l'enfant 1932.

Deux critiques ont été attribuées à ces travaux scientifiques, la première est qu'ils se limitent au langage et à la pensée, qui fait écran à la logique réelle de l'enfant. Ou il considère le langage que comme un instrument d'expression et de communication, inapte à rendre compte des structures de la pensée enfantine qui y président, soit en avance, soit en retard sur celle-ci, il est, chez l'enfant, comme un prisme déformant ; la seconde critique, découlent de la première, et qu'il n'est pas possible de trouver des structures de totalité caractéristiques des structures logiques sans en chercher la source dans les opérations concrètes. On ne retrouve pas les formes d'échange fondées sur la réciprocité qu'elles attestent simplement d'une

certaine forme de réversibilité due à la réciprocité des échanges sociaux absente des propos d'enfant plus jeunes en vertu de leur égocentrisme intellectuel.

Dans ce chapitre , nous allons présenter l'intérêt de ces travaux afin d'avoir dans un langage descriptif, défini les aspects les plus apparents de la structure mentale de l'enfant, dont l'égocentrisme est la manifestation centrale, et montré le passage d'une pensée centrée sur le sujet et incommunicable à une pensée socialisée tenant compte de l'interlocuteur, en présentant ainsi les principaux mécanismes et processus du développement de la pensée, répartis en trois stades ou chaque stade a ses propre spécificités et caractéristiques.

Les premières grandes recherches de Piaget s'inscrivent dans une problématique concernant la pensée logique-ou la logique de l'enfant et l'adolescent, qui est la principale variable dans notre recherche scientifiques sur l'épileptique adolescent.

### **II-1-1 Définition piagétienne de l'intelligence humaine :**

Piaget a étudié le développement de l'intelligence chez l'enfant afin d'apprendre comment elle se construit, et elle évolue.

Pour Piaget, l'intelligence humaine correspond à une forme d'adaptation au milieu qui en quelque sorte un prolongement des mécanismes adaptatifs biologiques :

« Dire que l'intelligence est un cas particulier de l'adaptation biologique, c'est donc supposer qu'elle est essentiellement une organisation et que la fonction est de structurer l'univers comme l'organisme structure le milieu immédiat »<sup>10</sup>

L'intelligence a pour fonction d'organiser la réalité selon des structures dont le point de départ se situe dans des actions très concrètes (les schèmes réflexe du nouveau-né ou des schèmes sensori-moteur du bébé). Ces structures trouvent leur point d'achèvement dans le raisonnement formel de l'adolescent et de l'adulte.

Piaget a passé plus de 50 ans à s'occuper de l'étude de la pensée chez l'enfant. Ses efforts consacrés à l'élaboration de sa théorie, ont permis l'étude de trois domaines : épistémologie, biologie, et logico-mathématique.

---

10 : Richard .Courtier ; *psychologie de l'adolescent*, 2<sup>ème</sup> édition, 2000, p75

**A- Le domaine épistémologique :**

Piaget n'est pas seulement un psychologue, il est aussi un théoricien de la connaissance. Ce qui l'intéresse vivement c'est les fondements « épistémologique » de l'accroissement infini des connaissances et leurs classement scientifiques dans l'histoire des sciences.

Comment les connaissances s'accroissent –elle ? Et donc quels sont les mécanismes qui permettent l'évolution vers la nouveauté ?

Dans la réflexion, la réponse à ces questions ne peut être abordée qu'à trois condition <sup>11</sup> étudier le développement historique des connaissances, procéder à une analyse de l'intelligence pour exposer les instruments logicomathématiques dont elle dispose ; et surtout étudier son développement dans une synthèse révélatrice de la nature du raisonnement appliqué.

La psychologie de l'intelligence sera dite génétique dans la mesure où elle étudie la genèse des mécanismes responsables de l'accroissement des connaissances. Et puisqu'il s'agit de mécanismes très divers, le sujet-enfant ne sera pas le sujet de mécanismes mais le sujet « épistémique », représentant un niveau réflexif conçu « comme l'ensemble des mécanismes commun à tous les sujets d'un même niveau. »<sup>12</sup>.

**B- Le domaine biologique :**

Dans la trajectoire de la pensée piagétienne, l'intérêt pour l'évolution des formes biologiques a précédé celui investit pour les formes de la pensée. Mais un pont est jeté de l'une à l'autre Piaget postule que l'intelligence individuelle s'inscrit dans l'évolution générale de la vie humaine à travers des divers formes, ce qui conduit à caractériser l'intelligence humaine de deux fonctions fondamentales : l'adaptation et l'organisation ; l'adaptation est le produit d'une interaction entre l'assimilation et l'accommodation ; l'assimilation renvoie au processus passé par lequel un objet de connaissance est appréhendé par le cas observé. L'instrument acquis de l'assimilation est le schème défini dans une structure transférable par sa répétition dans des circonstances semblables.

---

<sup>11</sup> :Serban,Ionescu ; Alain ,blanchet ; *psychologie du développement et psychologie différentielle*, 2006 ; p38

<sup>12</sup> :Jean.piaget : le *structuralisme*. Paris.puf.p58.

Considérons, par exemple la suite des gestes à effectuer par un corps humain, grâce à son bagage biologiques pour accrocher son propre chapeau à une patère : lever le bras, prendre le chapeau sur la tête, allonger le bras, accrocher le chapeau. Cette suite de geste est un schème de mouvements effectués par des dispositions physiques naturelles au corps humain. Il offre les mêmes reproductions dans les circonstances similaires. L'accommodation est l'activité par laquelle l'organisation actuelle se modifie, par exemple dans le schème de succion du bébé : le mouvement des lèvres, la pression se modifient en fonction de l'objet à téter ou à sucer (sein, biberon, pouce)

L'organisation des conduites est alors l'aspect externe, fonctionnel, résultant de l'interaction assimilation – accommodation dont le schème est l'instrument. Le développement de l'intelligence sera celui de ces structurations successives d'actions puis d'opérations (actions intériorisés et réversibles), qui se construisent à partir de structures initiales du développement du corps humains et sont : les schèmes réflexes des bébés.

En bref, ce qui est inné, est donné naturellement par l'évolution du corps humain, ce sont les processus d'adaptation et d'organisation à partir des schèmes réflexes, ce qui se construit ultérieurement par l'effort d'apprentissage, ce sont les organisations des actions et opérations du sujet dans une interaction constante avec l'environnement.

### **C- Le domaine logicomathématique :**

L'une des conditions de la compréhension des mécanismes d'accroissement des connaissances s'exerce par des instruments logiques dont dispose l'intelligence humaine .L'hypothèse développée est celle d'une liaison étroite entre les structures normatives utilisées dans la démarche scientifique et les structures logiques développés chez l'enfant.

« La logique est une axiomatique de la raison dont la psychologie de l'intelligence est la science expérimentale correspondante ».

Les structures d'actions et/ou d'opérations qui se développent tendront à fructifier les formes étudiées et utilisées par les logiciens et mathématiciens.

La construction d'un certain type de structure va déterminer un niveau de performance continue, c'est principalement dans ce « ancrage » logique et dans le rôle majeur donné aux particularités de ses actions et opérations exercées par le sujet que réside l'intérêt essentiel de

la théorie piagétienne. Son objet repose sur l'étude des instruments rationnels expérimentés pour l'acquisition des connaissances offrant ainsi la genèse de l'intelligence chez l'enfant ou l'emplacement de la discipline appelée « la psychologie génétique ».

### **II-1-2 Les processus, mécanisme fondamentaux de la pensée chez Piaget:**

Piaget au cours de son suivi du développement des enfants, y compris ses propres enfants, a pu dégager quelques mécanismes qui ont un rôle fondamental dans le développement de la pensée et la logique : adaptation, assimilation, accommodation, équilibration, et décentration.

#### **A-La notion d'adaptation :**

Pour Piaget, l'intelligence est une forme d'adaptation. En biologie, la définition est : « L'ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre dans un environnement éco-physique donné »<sup>13</sup>.

En psychologie, la définition est: L'adaptation renvoie aux modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre entre un organisme et ses milieux de vie. Quand on parle d'adaptation en psychologie, cela renvoie aussi aux processus qui sous-tendent ces modifications. L'adaptation correspond à un équilibre et à la façon dont cet équilibre s'établit et se fait entre les actions et l'organisme sur le milieu; mais aussi entre les actions du milieu sur l'organisme. Lorsque l'individu agit sur le milieu, il se modifie et en retour lorsque le milieu agit sur l'individu, il se modifie aussi.

Exemple de préhension : lorsque l'on doit attraper un objet, il faut que la taille de la pince s'adapte à l'objet. C'est sous l'effet de l'environnement que l'enfant va devoir s'adapter. Au début, la préhension va prendre la forme de l'objet. Son schème de préhension s'est élargi, il s'est modifié en fonction du milieu extérieur pour que ce schème de préhension puisse s'appliquer à l'objet qui doit être saisi. Mais, en même temps, ce schème a pour effet de modifier le milieu extérieur, action du sujet sur l'objet. Cette adaptation dont parle Piaget va prolonger l'adaptation biologique dans le sens où ce n'est pas seulement dans le but de survie de l'organisme, mais en rapport à l'augmentation des connaissances. Cela renvoie aussi à

---

<sup>13</sup> :Jean, Piaget ; *Introduction a la fondation*, 2010, p33.

l'ensemble des mécanismes qui permettent cet équilibre.

Ce sont des processus de deux types : les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà. Les mécanismes d'accommodation sont déterminés par l'objet et ont pour effet de modifier les comportements existant pour qu'ils puissent être adaptés aux exigences de la situation.

**B-Processus d'assimilation :**

Le terme d'assimilation en biologie est quand un organisme assimile de la nourriture, quand il absorbe des substances et les transforme. Le sujet intègre quelque chose du milieu extérieur à lui-même.

En psychologie, c'est exactement la même chose sauf que les transformations qui se produisent sont d'ordre fonctionnel, c'est-à-dire que l'enfant, à un certain moment, dispose d'un certain nombre de conduites ou de schèmes d'action, ces conduites sont plus ou moins générales et s'appuient sur un certain objet ou sur un certain schème d'action.

C'est par le processus d'assimilation que les schèmes d'action vont évoluer et s'enrichir. L'enfant va pouvoir appliquer ses conduites à de nouveaux objets et à de nouvelles situations.

Au début de sa vie, l'enfant dispose de deux schèmes : le schème visuel qui consiste à viser le monde extérieur et le schème de préhension qui conduit à agripper les objets qui s'approchent de la main. Au début, ces deux schèmes sont indépendants, il sait explorer l'espace visuellement, attraper les objets proches de sa main, mais il ne sait pas qu'il peut attraper les objets qu'il voit. Vers 4-5 mois, il va découvrir qu'il est possible d'attraper ce qu'il voit, coordination entre la vision et la préhension. A partir de ce moment, on va observer que tout le milieu extérieur va être progressivement assimilé à ce schème de préhension. C'est cette intégration progressive des objets nouveaux aux schèmes existant qui constitue le processus d'assimilation. C'est l'individu, lui-même, qui intègre le milieu extérieur. Tout ne peut pas être assimilé, les caractéristiques de ce qui peut être assimilé dépendent des compétences initiales de l'individu et de son niveau de développement. Exemple : l'enfant comprend qu'il est possible d'attraper ce qu'il voit que s'il possède le schème de préhension.

**C-Processus d'accommodation :**

Dans chaque situation rencontrée par le sujet, il se doit d'appliquer un programme général à cette situation particulière. Le sujet doit s'ajuster, cet ajustement se fait en fonction des caractéristiques de l'objet et de la situation. C'est ce qui relève du milieu extérieur qui détermine l'accommodation. L'accommodation correspond à une modification de l'organisme pour s'adapter aux conditions extérieures, le processus d'accommodation sert à enrichir ou élargir un schème d'action en le rendant plus flexible.

Selon Piaget, l'intelligence se développe grâce à ces processus d'assimilation et d'accommodation. L'assimilation est déterminée par le sujet et ce qui est assimilé dépendant des structures préexistantes. L'accommodation est déterminée par l'objet, c'est lorsque le schème d'action s'adapte aux spécificités de chaque objet. Ce qui est important est l'action du sujet sur l'environnement, le moteur se situe dans l'assimilation. L'accommodation qui relève de l'environnement sur le sujet est un simple ajustement.

**D-Fonctionnement de l'équilibration :**

Le processus d'équilibration va conduire l'individu à un état d'équilibre, les structures de l'intelligence sont toujours plus ou moins perturbées (il y a toujours des événements extérieurs qui viennent perturber les connaissances de l'enfant) et c'est par ce processus que l'individu va avoir cet équilibre. 3 types d'équilibration : équilibration entre le sujet et l'objet (entre l'assimilation et l'accommodation), l'équilibration entre les sous-systèmes qui constituent une structure d'ensemble, c'est-à-dire la coordination des schèmes, et l'équilibration entre les sous-systèmes et la totalité qui les enveloppe.

Exemple de ce qui se passe entre les changements de stade : L'expérience de la conservation de la quantité de matière. Expérience que l'on fait faire à des enfants. On donne 2 boules de pâte à modeler identiques, on fait reconnaître cette identité à l'enfant. L'expérimentateur en prend une et la transforme en saucisse devant l'enfant et lui demande où il y a plus de pâte. Avant l'âge de 7-8 ans, l'enfant va voir plus de pâte dans la saucisse car elle est plus longue. Il se trompe car il dispose du schème plus long = plus de quantité, soit il ne dispose pas du schème de compensation, soit il dispose des 2 schèmes qu'il n'arrive pas à mettre en

compensation. Avant 7-8 ans, on dit que l'enfant est non conservant, il ne conserve pas la quantité de matière.

L'équilibre initial est une structure dont l'enfant dispose au départ. Il dispose de l'unique schème plus long = plus de quantité, c'est-à-dire qu'il conclue à l'augmentation de la quantité de pâte en se basant simplement sur ce qui concerne l'allongement. Pour que l'enfant puisse progresser, il faut une perturbation ou un équilibre, le plus souvent cette perturbation résulte d'une contradiction, les schèmes de l'individu sont en contradiction avec ce que le réel apporte. La contradiction peut résulter d'une asymétrie entre infirmation et négation. Après ces perturbations, si elles ont été efficaces, il y a les régulations compensatrices dont le but est de permettre à l'enfant de retrouver un nouvel état d'équilibre. La régulation est la reprise d'une action sous une forme modifiée en fonction de ses résultats antérieurs, c'est-à-dire qu'antérieurement l'enfant parlait d'allongement, là il va parler de déplacement. La compensation est de 2 types, action en sens contraire de l'effet observé et qui tend à annuler celui-ci « on peut remettre comme avant », le 2ème type est lorsque l'enfant dit « c'est trop long mais c'est plus mince », différenciation du schème perturbé. L'équilibre majoré est un nouvel état d'équilibre qui est un niveau supérieur au précédent, c'est-à-dire que maintenant l'enfant possède les 2 schèmes de façon systématique.

Le conflit est ce qui représente le moteur du développement, mais pour que ce conflit soit source de progrès, il faut qu'il ne soit pas trop fort parce qu'il faut que le sujet le résolve lui-même. Ce processus est un processus lent, il va falloir multiplier les situations conflictuelles, il faut beaucoup de représentations pour que le sujet arrive à un état d'équilibre. Bien faire la distinction entre les états du processus dynamique du développement.

Schéma du fonctionnement de l'équilibration : l'équilibration ne se produit pas qu'en cas de changement de stade car c'est une transformation lente qui va intégrer cette accommodation.

### **E-La décentration :**

La décentration est une forme de régulation liée à la prise de conscience de l'action propre et de ses résultats. Elle consiste à effectuer des mises en relation entre les objets ou entre des actions exécutées sur des objets et les résultats observés, autrement dit à coordonner des centrations successives.

**II-1-3 L'approche clinique piagétienne:**

La méthode d'observation que Piaget utilisa pour dégager la genèse de la connaissance chez l'enfant s'inspire de l'entretien psychiatrique dont elle a gardé l'appellation clinique pour donner la "méthode clinique" (spécifique à Piaget). Elle est fondée sur l'interrogation guidée et a pour but de mettre en évidence les raisonnements utilisés par l'enfant lorsqu'il est confronté à des situations de complexités différentes.

La méthode inventée par Piaget se distingue de la méthode des tests (qui prévalait à son époque) car elle permet de dégager les structures du raisonnement des réponses de l'enfant. Elle se caractérise par sa rigueur méthodologique ainsi que par sa souplesse.

En effet, à partir de questions guidées précises, cette méthode mixte (d'observation et d'analyse du contenu verbal) permet d'adapter les expressions et la logique de la "situation - épreuve" aux attitudes et au vocabulaire de l'enfant. Cette méthode consiste en une mise en question systématique des affirmations de l'enfant afin de dégager la structure caractéristique, la logique, d'un certain stade développemental<sup>14</sup>.

Dans leurs recherches, Piaget et ses collaborateurs, interrogeaient des enfants de tranches d'âges successives et dégageaient ce qu'il y avait de commun aux réponses d'un niveau donné et, confrontant les niveaux successifs selon la méthode transversale, ils retraçaient le développement de la connaissance.

Les stades et les périodes du développement constituent des découpages dans l'évolution "phylogénétique" de la connaissance; leur détermination s'effectue en relation avec la formation progressive et l'achèvement des structures cognitives. Ces structures constituent des paliers d'équilibre correspondant à des modes d'adaptation (de plus en plus complexes) du sujet à son environnement. Ainsi, les deux aspects de continuité et de discontinuité dans le développement génétique s'illustrent dans la succession des stades développementaux de l'enfant.

---

13: Jean. Marie. Dolle ; *pour comprendre jean Piaget*, 1999, p63.

**II-1-4 La notion de structure et structuration de la pensée :**

Les spécificités et les caractéristique de la pensée chez l'enfant en développement, se différent et progressent par stade, d'une pensée égocentrique, pensée concrète, vers enfin une pensée formelle, abstraite, et logique.

**A-Définition de la pensée et la logique :**

C'est là où réside l'intérêt de notre recherche présente les clarifications à apporter sont présents dans plusieurs approches ont pris en charge le phénomène de la pensée et la logique, principalement l'approche psychologique, l'approche cognitive et même l'approche psychopatho-cognitive.

D'une part on va essayer d'expliquer ses deux phénomènes en dégagant leurs principales caractéristiques et d'autre part on va dégager la relation entre-elles.

**\*Définition de la pensée :**

Dans un sens large : synonyme de ce qui est vécu par la conscience humaine, Descartes déclare : « par le mot de pensée, j'entends tout ce qui est en nous d'une façon telle que nous en sommes conscients, le mot pensée désigne tout cela en tant que nous en avons conscience »<sup>15</sup>, en ce sens, la sensation, l'imagination, les faits affectifs, le désir, la volonté sont des faits de pensée aussi bien que les démarches de l'intelligence.

Dans le sens étroit, le mot désigne ce qu'il y a de propre à l'homme dans les opérations de sa conscience et plus particulièrement dans celles par laquelle se constitue la connaissance humaine. C'est une fonction complexe qui englobe plusieurs fonctions cognitives, tel que : la perception, la mémoire, l'attention, l'imagination, la compréhension.

La définition lexicale, la pensée est du verbe « penser » qui signifie : le pouvoir de juger, de pouvoir accomplir des opérations réversibles (pouvoir de procéder à des analyses et à des synthèses, pouvoir de concevoir des idées abstraites et générales, etc.).

---

14: Robert, Lafon ; *vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, pif, 1963, p798

De plus penser c'est s'abstraire de la perception de l'objet, c'est quitter le rapport d'immédiateté perceptive avec lui, est donc aussi subordonner le principe de plaisir au principe de réalité.

Pour cela il faut différencier au sein de l'appareil psychique deux modes de fonctionnement : le moi plaisir producteur de fantaisies conscientes et le moi réalité producteur de concepts, de jugements, de raisonnements, qui concerne directement le développement cognitif.

Piaget considère la pensée comme un processus des processus de l'intelligence, qui est la capacité à s'adapter à une situation nouvelle en utilisant des stratégies nouvelles et pertinentes. Cette pensée se modifie et s'évolue par stade d'une pensée intuitive, pensée égocentrique, pensée concrète, à une pensée formelle (logique).

Pour conclure la pensée est l'ensemble des opérations intellectuelles qui permettent de comprendre les objets et leurs relations et d'accéder à la connaissance du monde. Ces opérations sont principalement l'imagination, le jugement, le raisonnement.

Les idées peuvent ainsi se former, se réunir à partir d'idée déjà présentes, de perceptions, de sensations.

La pensée peut être perturbée dans son développement, son déroulement (le cours de la pensée) ou son contenu.<sup>16</sup> (Par exemple : l'épilepsie et ses répercussions).

### **\*Définition de la logique :**

L'étude sur la logique formelle de l'adolescent, et sur la façon dont elle se construit à partir de la logique concrète de l'enfant, démontre une nouvelle fois comment le travail de logicien auquel procède Piaget, fournit les instruments et la grille d'analyse au travail de psychologue de la pensée, auquel se consacre alors le psychologue de la pensée. Au sens large la logique signifie raisonnement, méthode, suite dans les idées, cette manière de raisonner de l'homme adulte semble être une logique syncrétique, amalgame variable de différentes formées de raisonnements, certains propres à la structure fonctionnelle du système nerveux, d'autres spécifiques à l'environnement écologique et surtout culturel.

---

15 : S.Tribolet, M.Shahidi ; *nouveau précis de sémiologies des troubles psychique*, paris.2005, p17.

Au sens étroit (d'après la théorie structuraliste de Piaget) la logique formelle qui caractérise la pensée de l'adolescent est une logique en ce sens qu'elle permet à l'adolescent de formuler des jugements cohérents sur la réalité ou sur le monde qu'il souhaiterait voir réaliser. Elle lui permet de concevoir ce qui découle logiquement de tel ou tel état supposé du monde. Le fonctionnement logique de la pensée formelle et sa structure se caractérisent par l'enchaînement, la coordination...

Cette logique formelle qui ressort des travaux de Piaget et Inhelder sur la pensée de l'adolescent n'est pas un exercice vain et abstrait ( ou formel, dans le sens péjoratifs de ce terme) ; Il s'agit d'une forme de pensée bien réelle, la plus exigeante que puisse souhaiter l'être humain dans ses efforts de convaincre autrui, ou encore de comprendre, d'expliquer et de transformer le monde.

La question qui se pose : de quoi est plus précisément composée la logique propre à la pensée formelle, quelles sont ses structures, et les principales opérations mises en œuvre ?

On va répondre à cette question d'une façon précise en présentant et expliquant la structuration de la pensée et la logique au stade des opérations formelle, mais nous allons brièvement présenter deux groupes qui caractérisent la pensée logique, il y a d'abord ceux qui, tel celui de la « flexibilité des matériaux » ou de la dissociation des facteurs, qui mettent en évidence la façon dont certaines opérations propositionnelles (implication, la disjonction, la négation, etc) interviennent dans la conduite expérimentale de l'adolescent et dans les affirmations ou les hypothèses qui l'accompagnent ou la précèdent. Il y a ensuite ceux qui mettent spécialement en évidence des notions ou des schèmes opératoires liés à la pensée formelle.

En conclusion, les cinq caractéristiques logiques les plus fondamentales de la pensée formelle, à savoir :

- 1-inverser le rapport entre le réel et le possible
- 2-être de nature hypothético-déductive ;
- 3-être le résultat d'une combinatoire ;
- 4-former une structure en réseau, et enfin ;

5-êtresous-tendu par une structure de transformation originale qui regroupe au sein d'une même totalité les deux formes de réversibilité que met en œuvre la pensée opératoire concrète (l'inversion et la réciprocity).

### **B-Les stades du développement de la pensée :**

Piaget distingue, dans le développement de la pensée et la logique chez l'enfant, trois stades principaux: Sensori-moteur, Concret (précédée d'une période Préopératoire), et Formel. Chaque stade se caractérise par un plan de connaissance distinct ainsi que par un certain degré de complexité des activités cognitives.

#### **a-La pensée chez l'enfant :**

##### **a-1 Le stade sensori-moteur (0-2 ans) :**

L'intelligence sensori –motrice, terme caractérisant le développement de l'enfant de la naissance à l'âge de deux ans, est essentiellement une intelligence décrite comme étant sans pensée ou sans représentation, sans langage, sans concept.

Alors c'est une intelligence qui se détermine en présence de l'objet, des situations, des personnes, et dont l'instrument est la perception. Elle est donc essentiellement pratique.

Les résolutions de problèmes d'action auxquels elle parvient (atteindre des objets, éloignés ou cachés par exemple) sont réalisées grâce à la construction de système de schèmes assez complexes et d'organisation du réel selon un ensemble de structures spatio-temporelles. De-là Piaget décrit six stades (sous stade) :<sup>17</sup>

##### **1-Stade I (0-6 semaines)**

A ce stade, le fonctionnement du bébé se fait par des réflexes qui sont, pour Piaget, consolidés par l'exercice. Les réflexes forment des schèmes qui sont des structures élémentaires du

---

<sup>17</sup> Jean.Marie,Dolle ; *pour comprendre jean piaget*,1999,p70.

développement humain. Le nourrisson n'a aucune notion d'objet permanent, aucune notion d'espace et il ne peut concevoir aucune autre causalité que lui-même ; il est le moyen et le but de toute chose.

### **2-Stade II (6 semaines-4/5 mois)**

A ce stade, les premières habitudes commencent à se mettre en place, en tant que précurseurs de l'intelligence ; elles se manifestent sous forme de répétition de certains comportements. Les habitudes comportent 2 pôles différents : le pôle d'activité qui consiste en la reproduction de résultats obtenus au hasard mais qui paraissent intéressants aux yeux du bébé (réactions circulaires primaires décrite par Piaget comme un exercice fonctionnel acquis, prolongeant l'exercice réflexe et ayant pour effet de fortifier et d'entretenir non plus seulement un mécanisme tout monté, mais un ensemble sensorimoteur à résultats nouveaux poursuivis pour eux-mêmes ) ,et le pôle de passivité comprenant les réflexes conditionnés, c'est-à-dire ceux qui sont déterminés par le milieu extérieur et consolidés par l'exercice de l'enfant. Les objets représentent pour l'enfant un intérêt momentané ; la notion d'espace se limite aux espaces buccaux, manuels et visuels mais séparément ; la notion de causalité est toujours floue puisqu'il n'y a pas de différenciation entre les moyens et les buts.

### **3-Stade III (4/5-9 mois)**

Ce stade est caractérisé par l'apparition de 3 facteurs : la préhension intentionnelle, les réactions circulaires secondaires et la vision. La préhension intentionnelle peut se faire à ce stade car il y a coordination entre vision et préhension : la main gauche a le rôle de positionnement et la main droite celui d'opération.

Les réactions circulaires secondaires sont des actions sur des objets et elles permettent aux habitudes de devenir petit à petit des actes d'intelligence. Quant au regard, il devient à ce stade important et intentionnel. On retrouve toujours les espaces olfactifs, buccaux, mais il y a une nouveauté : l'espace visuel est conçu en rapport avec l'espace manuel. Il y a aussi un début de causalité à ce stade car l'enfant se rend compte que certaines actions provoquent certains effets.

**4-Stade IV (9-12 mois)**

Ce stade est caractérisé par l'apparition des conduites à travers l'identification d'un but précis au départ avant de commencer une action. L'application de différents schèmes (Le schème est considéré comme la part de l'action ou de l'opération qui est transférable vers d'autres actions ou d'autres opérations. Ils se construisent par l'action de l'enfant sur le milieu, action directe ou mentalisée. Ils s'organisent en structures qui se réorganisent entièrement au passage d'un stade à l'autre) à des situations appropriées devient un acte d'intelligence. La permanence de l'objet reste dépendante de l'action du sujet et de la recherche de l'objet. La notion d'espace est vue comme un contenant où on retrouve l'objet.

**5-Stade V (12-18 mois)**

Il y a apparition des réactions circulaires tertiaires : c'est-à-dire que l'enfant répète les résultats intéressants qu'il a obtenu mais en faisant varier les facteurs. Il donne un sens à ses conduites et procède par essais et erreurs, en progressant. Les tâtonnements sont dirigés par des schèmes susceptibles d'orienter la conduite. La notion d'objet est instable à ce stade ; l'enfant peut désormais concevoir un espace décentré de lui-même grâce aux structures de groupes de déplacement ; la causalité est perceptive.

**6- Stade VI (18-24 mois)**

Pour la première fois à ce stade, l'enfant utilise des schèmes dans un but non effectif ; il fait ses expériences de vérification dans la réalité. La notion de permanence de l'objet (C'est le fait que l'objet qui disparaît du champ perceptif est conçu comme continuant d'exister). Est totale à ce stade, à savoir que lorsqu'un objet est perdu, il est quelque part. L'enfant peut comprendre la réversibilité des déplacements.

**a-2 le stade de l'intelligence symbolique (sémiotique) ou préopératoire à l'intelligence opératoire concrète (2-11/12ans) :****1-Stade préopératoire (2-6/7 ANS) :**

C'est la période de différenciation entre le signifiant et le signifié : la construction de la fonction sémiotique (C'est la capacité de l'enfant à différencier les signifiés des signifiants), C'est aussi la période d'acquisition du langage qui se fait à travers la maîtrise progressive des différentes formes de signifiants : les indices, les signes et les symboles. L'enfant va apprendre à communiquer en premier lieu grâce à des formes d'imitation variées comme le jeu symbolique qui consiste à dissocier des éléments sensori-moteurs de leur contexte immédiat pour les représenter dans un monde fictif ou évocateur du sien (par exemple prendre une chaise pour faire le cheval) ou alors l'imitation différée qui est l'imitation d'un événement déjà vécu en l'absence du modèle (par exemple faire le mouvement du clocher par des mouvements de bras).

Ce stade est aussi caractérisé par l'acquisition totale de la permanence de l'objet, c'est-à-dire que l'enfant peut penser à quelque chose sans qu'il soit présent. Mais ce qui est important de noter par-dessus tout à ce stade c'est l'apparition de l'égoïsme (C'est une attitude spontanée qui enferme l'enfant dans son propre point de vue, rendant invalide toute capacité à se décentrer. L'égoïsme s'oppose à l'objectivité, car il empêche l'enfant de considérer un autre point de vue que le sien.). (Direct ou indirect). L'égoïsme indirect se manifeste de plusieurs façons différentes : l'artificialisme, la causalité morale, le finalisme, l'animisme. L'artificialisme est le fait de penser que tout a été fabriqué par l'homme ; la causalité morale est marquée par le fait qu'il y a des lois physiques mais elles sont pareilles aux lois morales (ex : les bateaux flottent parce qu'ils sont gentils) ; le finalisme consiste en la pensée que tout se passe dans un but bien précis (ex : les nuages avancent dans le ciel pour amener la nuit) ; l'animisme qui considère que tout est une projection de soi. A ce stade, l'enfant est capable de faire des pré-sériations et des pré-classifications mais sans notion de réversibilité ; il est encore incapable de faire une opération et son inverse (revenir au point de départ) ainsi que de raisonner sur 3 dimensions à la fois. La dernière caractéristique de ce stade est celle de Contradiction ; l'enfant peut affirmer une chose et son contraire sans se rendre compte de l'absence de congruence.

**2- Stade des opérations concrètes (7/8-11/12 ans)**

Ce stade est caractérisé par la notion d'opération définie comme une action intériorisée et réversible, et donc solidaire d'un groupe. On peut nommer 4 propriétés principales d'une opération qui sont valables aussi bien pour les sériations que pour les classifications : la composition directe ( $2+1=3$ ), la composition inverse ( $3-1=2$ ), la composition identique ( $3+0=3$ ) et la composition associative. A ce stade, l'enfant n'effectue plus de pré-opérations mais bien des opérations et il raisonne non plus en termes de préconcepts mais bien de concepts. C'est la maîtrise de la réversibilité (C'est l'acquisition stable de la triple capacité de faire, de défaire et de refaire une action motrice ou intériorisée).qui va permettre l'apparition de structures opératoires de 2 types : logico-mathématiques (sur des objets discontinus) et infra-logiques (sur des objets continus). Ces structures vont amener à un besoin de construction d'invariants au sein d'un système de transformation, et donc à la notion de conservation (C'est une opération mentale permettant à un objet d'exister indépendamment de la perception que l'enfant en a. Une des premières conservations est la constitution de l'objet permanent.). L'enfant acquiert à ce stade la notion d'espace, de mesure, de temps et de vitesse. Cependant, il est incapable de raisonner sur le hasard ou le possible bien qu'il se pose des questions sur la causalité et le pourquoi des choses qui l'entourent.

**b-la pensée chez le jeune adolescent :****b-1 la structuration de la pensée et la logique****1-le stade des opérations formelles (11-12ansà15-16ans)****\*Définition :**

Cette période est étudiée dans l'ouvrage de « la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent » écrit par J.Piaget et Inhelder en 1955.

Dans ce livre, Inhelder conduit les expériences destinées à étudier la construction des opérations formelles chez l'adolescent, tandis que Piaget en dégage les structures logiques et procède à leur axiomatisation.

A cette période de 11-12ans à 15-16ans l'adolescent parvient à se dégager du concret et à situer le réel dans un ensemble de transformations possibles. Cette dernière décentration fondamentale qui s'accomplit au terme de l'enfance prépare l'adolescent, dont le caractère principal est sans doute une telle libération du concret au profit d'intérêts orientés vers l'inactuel et l'avenir : « âge des grands idéaux »<sup>18</sup>, et des projets d'avenir. Mais cet essor affectif et social a comme condition préalable, entre autres, une transformation de la pensée. Vers 11-12ans l'enfant parvient à se libérer du concret, à penser le possible et à raisonner abstraitement, sans avoir besoin de s'appuyer sur des manipulations comme cela se passait au stade précédent.

On assiste donc à un changement de niveau avec apparition de « la pensée formelle » et « au raisonnement hypothético-déductif ». Cela chez le sujet normal mais en psychopathologie l'épileptique adolescent qui souffre d'épilepsie depuis son enfance ce qui a freiné son développement, pourrait-il acquérir cette pensée dite formelle et logique, ou au contraire, il va se fixer dans un stade déjà dépassé par ses pairs, et va chercher d'autres stratégies compensatrices pour combler ce développement insuffisant et ce décalage.

#### **\*Les caractéristiques de la pensée de l'adolescent :**

Comme on vient de voir, à ce niveau du développement, l'adolescent acquiert « la pensée formelle » et « le raisonnement hypothético-déductif » qu'on va essayer de les définir et de dégager ses principales caractéristiques :

La pensée formelle : est une pensée qui opère sur un matériel symbolique sur les systèmes de signes conventionnel tel que le langage ou le symbolisme, mathématique, expression des idées et des représentations ; elle opère donc une inversion entre le réel et le possible au point que le réel « se subordonne au possible ».

Le raisonnement formel : Il procède par hypothèses et par déductions, il est appelé « hypothético-déductif » car il est capable de déduire les conclusions à tirer de pures hypothèses et non pas seulement d'une observation réelle et concrète.

« C'est-à-dire sur des propositions formulant les hypothèses posant les données à titre de simple données, indépendamment de leur caractère actuel : La déduction consiste alors à lier

---

<sup>18</sup> : Jean Piaget ; *La psychologie de l'enfant*, Chapitre v, 1966, p103.

---

entre elles ces assomptions en tirant leurs conséquences nécessaires même lorsque leur vérité expérimentale ne dépasse pas le possible ; c'est cette inversion des sens entre le possible et le réel qui ,plus que toute autre propriété subséquente ,caractérise la pensée formelle :au lieu d'introduire sans plus un début de nécessité dans le réel ,comme c'est le cas des inférences concrètes ,elle effectue dès le départ la synthèse du possible et du nécessaire ,en déduisant avec rigueur les conclusions de prémisses dont la variété n'est admis que d'abord que par hypothèse et relève ainsi du possible avant de rejoindre le réel »<sup>19</sup>

Si la subordination du réel au possible constitue le caractère essentiel de la pensée formelle, on peut relever trois autres caractères qui en permettent l'explication.

1-La pensée formelle porte sur des énoncés verbaux, ce qui ne signifie pas que la pensée verbale soit formelle, ni que la pensée formelle soit verbale, avant 12ans la pensée ne porte que sur le concept alors que maintenant, elle peut raisonner sur des propositions.

2-La substitution des énoncés verbaux aux objets correspond à l'intervention d'une logique nouvelle ou logique des propositions .Par rapport à la logique opératoire concrète qui , ainsi que son nom l'indique , porte directement sur les objets ,la logique propositionnelle permet un nombre infiniment plus grand d'opérations .Elle se révèle alors comme une logique de toutes les combinaisons possibles.

3-« elle constitue un système d'opérations à la seconde puissance »les opérations formelles portent sur des propositions ou des énoncés qui sont déjà des opérations, mais au premier degré.

Dire que la pensée opératoire formelle subordonne le possible au réel suppose en toute rigueur que l'on sache exactement ce que l'on entend par possible .C'est pourquoi il convient de s'arrêter quelque peu sur le sens de cette expression.

Le possible dont on parle n'est pas l'arbitraire pas plus que l'imaginaire s'affranchissant de toute règle et de toute objectivité. Piaget pense qu'il faut envisager l'avènement du possible sous un double perspectif, physique et logique. « Comme la condition indispensable de l'arrivée à une forme générale d'équilibre et comme la condition non moins indispensable de la constitutions des connexions nécessaires utilisées par la pensée.

---

<sup>19</sup> : Jean,Marie,Dolle ; *pour comprendre jean piaget* , 1999, p211.

Pour conclure la pensée formelle se définit par l'emploi d'une méthode hypothético-déductive. Elle marque un progrès au plan de la conceptualisation et de l'abstraction par rapport à la pensée opératoire concrète. L'usage d'une combinaison permet d'envisager toutes les possibilités compatibles avec les données d'un problème. Cette capacité de raisonner sur des simples hypothèses ou propositions permet de se dispenser du recours du support des objets concrets et de leur manipulation. Alors pour passer du stade des opérations concrètes qui repose sur des structures élémentaires (classification, sériation, relation) au stade de la pensée formelle et des opérations propositionnelles qui reposent sur des structures d'ensembles (réseau), il faut que se mettent en place des opérations combinatoires (qui sont généralisation des opérations de la classification ou de la relation) et en particulier le groupe (INRC). Ce groupe par sa logique interne peut expliquer tous les domaines de réflexions ainsi que les schémas de pensée et de comportement et le fonctionnement des seize opérations binaires suppose cette structure (INRC).

- **La pensée formelle et combinatoire :**

-Les opérations combinatoires :

On observe une convergence frappante à partir de 12-13 ans entre « l'apparition spontanée des opérations combinatoires mathématiques (non enseignés par l'école aux âges considérés) et la constitution également spontanée de la combinatoire constituent un schéma opératoire général, c'est à dire une manière de procéder, employée tantôt spontanément tantôt de façon intentionnelle » en présence de problèmes dont la solution exige un tableau systémique de combinaisons ».

La différence entre le stade concret et le stade formel résidant dans la présence ou l'absence de ce schéma, il semble que les opérations combinatoires constituent la condition de l'élaboration des opérateurs propositionnels (seize opérations, tableau I) et qu'elles peuvent être généralisées à toute situation ou elles servent à l'élaboration de ces opérateurs. Les opérations combinatoires auraient elles-mêmes des racines plus profondes, qui résideraient dans la structure d'ensemble.

-La combinatoire : détail de cette pensée combinatoire :

Le propre des opérations concrètes est de porter directement sur les objets ou sur leurs classes, leurs relations ou leur dénombrement : la forme logique des jugements et raisonnement ne s'organise alors qu'en liaison plus au moins indissociables avec leurs contenus, c'est-à-dire que les opérations fonctionnent seulement à propos de constatation ou de représentation jugées vraies et non pas à l'occasion de simples hypothèses.

La grande nouveauté du niveau dont il va être question est au contraire que par une différenciation de la forme et du contenu.

Le sujet devient capable de raisonner correctement sur des propositions auxquelles il ne croit pas ou pas encore, c'est à dire qu'il considère à tirer les conséquences nécessaires de vérités simplement possibles ce qui constitue le début de la pensée hypothético-déductive ou formelle. Cette pensée est le résultat d'un décrochage de la pensée par rapport aux objets et de libérer la relation et les classifications de leurs attaches concrètes ou intuitives. Or cette combinatoire est d'une importance primordiale

Dans l'extension et le renforcement des pouvoirs de la pensée, car sitôt constituée, elle permet de combiner entre deux des objets ou des facteurs (physique...) ou encore des idées ou propositions (ce qui engendre une nouvelle logique) et par conséquent, de raisonner en chaque cas sur la réalité donnée (un secteur du réel physique ou une explication fondée sur des facteurs, ou encore une théorie au sens simple). En considérant cette réalité non plus sous ses aspects limités et concrets, mais en fonction d'un nombre quelconque ou de toutes les combinaisons possibles, ce qui renforce considérablement les pouvoirs déductifs de l'intelligence.

-Combinaisons d'objets :

Exemple : épreuves piagétienne de combinaison de liquide : 5 bouteilles qui ont un produit incolore (chimique) et un verre pour faire le mélange.

On lui montre un liquide jaune et on lui dit qu'il a été obtenu en mélangeant dans les bouteilles. On lui demande comment obtenir la coloration jaune avec trois bouteilles pour le jaune et les deux autres sont du colorant.

-Au premier niveau préopérateur : il mélange tout le liquide au hasard sans hypothèses préalable.

-Au deuxième niveau opératoire concret : l'enfant mélange le liquide deux à deux mais pas méthodiquement. Il mélange tout le liquide ensemble, il faut lui suggérer de faire des combinaisons (trois à trois). Il arrive par tâtonnement.

-Début du stade formel (10-11ans) : l'enfant comprend qu'il faut combiner le liquide deux à deux, trois trois-quatre à quatre. Il effectue un tâtonnement. Méthode qui devient systématique qu'à 12-13ans ou, méthodiquement, l'enfant essaie toutes combinaisons de bouteille : 2à2, puis toute3à3.... Il va chercher une règle qui puisse lui permettre de construire toute combinaison possible. Une fois la couleur trouvée, voir s'il n'y a pas une autre solution au problème, il réussit à dire qu'il y a un colorant et un élément neutre (eau). Il sait répondre au problème, il va plus loin, il cherche à expliquer l'expérience en disant le rôle joué par chaque élément.

Autre exemple : combinaison et permutation de jetons : ensemble de jetons de couleurs différentes.

Première épreuve : demandez aux enfants de trouver toutes les combinaisons possibles de ces jetons deux à deux (réussit avant 12ans).

Deuxième épreuve : trouver toute permutation des quatre jetons vers 12ans, l'enfant commence à réussir le problème par méthode systématique, en dégagant un système qui tient compte de l'ensemble des possibilités. Permet à l'enfant, non plus seulement d'établir des classifications, mais aussi de combiner et permuter des éléments d'une classe.

-Combinaisons propositionnelles :

Pour ce qui est de celle des idées ou des propositions, il est indispensable de se référer à la logique symbolique ou algorithmique moderne qui est beaucoup plus proche du travail réel de la pensée. Un jeune adolescent de 12-15ans n'en dégage pas les lois, pas plus qu'il ne cherche la formule des combinaisons pour combiner des jetons. Mais ce qui est remarquable est que au niveau où il devient capable de combiner des objets, par une méthode exhaustive et systémique, il se révèle apte à combiner des idées, ou hypothèses, sous la forme d'affirmations et de négations, et d'utiliser ainsi des opérations propositionnelles inconnues

de lui jusqu'alors à l'implication (si...alors), la disjonction (ou...ou...ou...les deux), l'exclusion (ou...ou), ou l'incompatibilité (ou...ou...ni l'un ni l'autre), l'implication réciproque, etc.

Exemple : deux propositions (P) et (Q) et leur négation ('P) et ('Q).

P : animal est un cygne Q : animal est blanc .depuis le stade concret, l'enfant sait regrouper ces propositions 2à2, regrouper les quatre situations possible (PQ, P'Q, PQ', P'Q'), un jeune adolescent au stade formel peut en plus la combiner pour en déduire une nouvelle proposition que PQ et P'Q' sont vraies aucun lien entre le fait d'être cygne et blanc.

- **La pensée formelle (logique) et le groupe INRC :**

Ou groupe à quatre traits : identique, négation, réciproque, corrélatif. Ce groupe permet à l'enfant de considérer à temps égal les deux opérations qui sont des opérations inverses et des opérations réciproques. Il rend compte de différents schémas formels à proportionnalité équivalente, double système de référence. Alors le groupe INRC groupe à double réversibilité par inversion et par réciprocity. Avant d'expliquer la réversibilité par inversion et par réciprocity, Que signifie la réversibilité ?

La réversibilité est la capacité qu'à l'enfant de concevoir toute action comme ayant son inverse ; c'est-à-dire que quelles que soient les transformations sur la forme de l'objet, la quantité reste identique et donc, l'objet qui retrouvera sa forme initiale aura la même quantité. Au stade opératoire le jeune adolescent acquiert la réversibilité logique qui donne beaucoup plus de mobilité à sa pensée et lui permet, en particulier, une décentration progressive mais rapide. A ce moment il s'intéresse au processus de transformation et non plus aux états qui lui paraissent distincts .Il va se préoccuper des deux dimensions del'objet.

Par exemple : lorsque Piaget montre deux boules de pâte à modeler de quantité identique et qu'avec une il fait un saucisson, l'enfant va dire qu'il n'y a pas de changement de quantité car la longueur est compensée par l'étrouessee .La réversibilité implique donc la réciprocity et l'inversion de l'action. La réversibilité par réciprocity, utilisée par le système de relation lorsqu'on sait utiliser l'opération réciproque pour compenser un effet. La réversibilité par inversion, lorsqu'on sait utiliser une opération inverse pour annuler un effet observé. Elle correspond à la réversibilité utilisée par le système de classes. L'enfant du stade concret sait

manier ces deux types de réversibilité, mais il ne sait pas les manier l'une en fonction de l'autre dans une centration, ces deux types sont dissociés ; Par contre au stade formel le jeune adolescent va construire un système unique qui va englober l'inversion et réciprocity, structure logique qui rend compte de cette fusion le groupe INRC. Pour mieux comprendre on va expliquer l'acquisition de la structure logique et le groupe INRC chez le jeune adolescent en deux exemples.

Exemple 01 : un piéton qui se déplace sur un tapis roulant : opération I (identique), réfléchir à savoir comment annuler le déplacement de ce piéton ; Deux solutions sont possibles, faire le chemin en sens inverse (réversibilité par inversion), mettre en mouvement le tapis roulant en sens inverse (réversibilité par réciprocity). C'est seulement vers 11-12 ans que le jeune adolescent comprend qu'il y a une équivalence entre IN et l'opération réciproque .Il comprend que faire fonctionner le tapis roulant en sens inverse équivaut à faire revenir le piéton sur ces pas .Au sein de l'INRC une opération peut être comprise comme étant l'inverse d'une seconde opération et comme étant la réciproque d'une troisième opération

Exemple 02 :l'équilibre de la balance, les sujets doivent trouver comment il est possible et la distance des poids à l'axe .L'enfant au stade concret conçoit que ces deux facteurs ont une influence sur l'équilibre de la balance .Les effets respectifs de ces deux facteurs ne sont jamais pensés l'un d'équilibrer une balance en fonction de deux facteurs, le poids et la distance des poids à l'axe. L'enfant au stade concret conçoit que ces deux facteurs ont une influence sur l'équilibre de la balance .Les effets respectifs de ces deux facteurs ne sont jamais pensés l'un en fonction de l'autre, le sujet va raisonner sur un seul système. Au stade formel, le jeune adolescent va comprendre que lorsqu'on a une situation de déséquilibre ou d'équilibre, il est possible de conserver la situation en dominant le poids ou la distance. Problème de proportionnalité perçue tout d'abord de façon qualitative puis quantitative.

- Les schèmes opératoires formels :

Le groupe combinatoire et le groupe INRC vont permettre à l'adolescent de disposer d'un certain nombre de schèmes inaccessibles au stade précédent.

-Le schème de la proportionnalité(les proportions) : selon le Piaget le schème de proportion fait la transition entre les schèmes issus du réseau (combinatoire propositionnelle) et ceux qui

révèlent de la structure du groupe (INRC notamment).

Il y a d'abord vers 11-12ans une proportionnalité qualitative qui débute par une intuition de proportionnalité ; au début le jeune adolescent va découvrir qu'à égalité le poids il y a un équilibre si les distances sont équivalentes (poids et longueur), déséquilibre si elles sont différentes. La découverte qualitative finale est celle d'une équivalence entre augmenter la distance et diminuer la distance.

Il semblerait en effet qu'en tout rapport numérique le sujet se termine par « une sorte de schéma anticipateur de proportionnalité qualitative » qui conduirait à la découverte des proportions métriques, qui permet de calculer les rapports de proportions. «L'acquisition du schème opératoire des proportions numériques ou métriques suppose des anticipations qualitatives sous forme de compensations par équivalences et de proportions logiques, celles-ci participant elles-mêmes de la structure d'ensemble dont dérivent les opérations propositionnelles »<sup>20</sup>

-Le schéma du double système de référence :

Piaget a présenté un exemple sur le déplacement d'un escargot sur une planchette, le sens de déplacement de la planchette étant inverse à celui de l'escargot. Au stade concret, l'enfant ne peut pas concevoir que l'escargot puisse rester immobile. Par contre, au stade formel, il va commencer à comprendre la compensation du déplacement de l'escargot par celui de la planchette .La réussite de ce problème repose sur le groupe INRC car il s'agit de coordonner deux systèmes qui sont la planche et l'escargot, qui comportent chacun une opération directe (exemple déplacement vers la droite) et une opération inverse (exemple déplacement vers la gauche).

« La question est donc de coordonner deux systèmes comportant chacun une opération directe et une inverse mais l'un des systèmes étant à l'égard de l'autre dans une relation de compensation ou de symétrie »<sup>21</sup>. Il apparaît nettement que cette coordination s'opère dans le système INRC.

---

20-21: Idem. pp 217-218.

-La notion de probabilité :

Elle est directement liée à la combinatoire et au schéma de proportions ; « En effet , pour juger ,par exemple de la probabilité de couples ou de trios tirés au sort dans une urne comprenant 15 boules rouges ,10 bleues ,8 vertes ,etc....Il faut être capable d'opérations dont deux au moins sont propres au présent nouveau : une combinatoire permettant de tenir compte de toute les associations possibles entre les éléments en jeu ,et un calcul de proportions ,si élémentaire soit-il ,permettant de saisir ce qui échappe aux sujets des niveaux précédents que des probabilités telles que  $3/9$  ou  $2/6$  ;etc.... sont égales entre elles. »<sup>22</sup>.

-Schéma de dissociation des facteurs :

C'est le plus complexe du stade opératoire formel. Il illustre la possibilité que l'on a de programmer nos actions pour contrôler l'ensemble des facteurs de variations dans une situation donnée .L'adolescent va se comporter comme un véritable expérimentateur .Epreuve de la flexibilité des tiges flottantes ou l'expérience du pendule.

Expérience du pendule : on demande à l'enfant d'expliquer ou de prédire la fréquence des oscillations d'un pendule .Plusieurs facteurs peuvent être pertinents : la longueur du fil, l'élan avec lequel on fait partir le pendule, la hauteur de chute, le poids accroché au dispositif. L'adolescent au stade formel, est capable de dresser l'inventaire des facteurs, il va examiner de façon systématique l'effet de chacun des facteurs en les prenant un à un laissant les autres constants.Démarche qui repose sur la logique combinatoire puisqu'elle suppose construire toutes les variations possibles.Présence d'une combinatoire propositionnelle puisque l'enfant doit déduire des lois à partir des observations.: Modification de la longueur du fil sans modification des autres facteurs, ne modifie pas la fréquence d'oscillation ;Modification de la hauteur de chute sans modification des autres facteurs, ne modifie pas la fréquence ; Modification du poids sans modification des autres facteurs, ne modifie pas la fréquence .La fréquence des oscillations est dépendante de la longueur du fil, plus le fil sera court plus la fréquence augmentera.

---

22 : Idem.,P219.

D'un point de vue développemental, l'enfant au stade concret va uniquement savoir effectuer des classifications et des sériations en mélangeant les facteurs en jeu sans les dissocier. A l'entrée du stade formel, le sujet commence à dissocier les facteurs (11-12 ans). Pas acquis la logique dis positionnelle, le raisonnement hypothético-déductif qui consiste en toutes choses étant égales par ailleurs. Vers 15-16 ans le sujet devient capable de faire varier un facteur en maintenant tous les autres constants.

Enfin nous pouvons attribuer à la logique opératoire formelle deux caractéristiques, la première caractéristique est de faire intervenir les relations entre le réel et le possible, l'adolescent résout les problèmes qui lui sont posé en formulant un ensemble d'hypothèses qui l'amènent à raisonner sur l'univers des possibles.

La deuxième caractéristique est de constituer un système d'opérations à seconde puissance. Par exemple, grâce à la combinatoire, l'enfant peut établir des classifications, mais il peut aussi permuter les éléments de ces classifications, on est entrain d'établir la classification de toutes les classifications possibles. Pour Piaget les opérations formelles ne sont pas accessibles à chacun, il considère que le raisonnement dépend fortement des facteurs sociaux, cela chez un sujet normal par contre chez un sujet pathologique tel que l'épileptique, il y a un décalage du développement cognitif (freinage), ce niveau de décalage varie et dépend fortement aux facteurs biologiques ( type de maladie et de crise d'épilepsie, durée de maladie...), facteurs socio-familiaux (désordre relationnel et socio-familial), et facteurs psychologique ( conflits psychiques...).

**Chapitre III : « théorie néo-structuralistes : la théorie des opérateurs méta-constructif de Juan Pascual Léone »****\*Introduction:**

La démarche de Juan Pascual Léone part du concept des schèmes chez Piaget, on sait que dans la perspective piagétienne, les schèmes constituent un niveau intermédiaire d'organisation entre la diversité des actions (dont ils constituent les point communs) et l'unité formelle des structures (une même structure peut correspondre à plusieurs schème). Or, l'une des caractéristiques des schèmes est de tendre à s'exprimer, c'est-à-dire à se manifester dans les situations (les schèmes sont « assimilateurs »)

Comment se fait-il alors que seuls certains schèmes, éventuellement les plus pertinents, sont effectivement activés dans un parcours particulier ?

On voit que cette question relève typiquement d'une problématique de fonctionnement. Elle est en même temps liée au développement, puisqu'elle se rapporte à des schèmes déjà élaborés,

Pour répondre à cette question, Juan Pascual Léone propose une architecture cognitive en deux composantes :

La première composantes est celle qui regroupe tous les schèmes déjà construit, ce répertoire constitue le « système subjectif » et d'autres composantes du système cognitif est constituée des « opérateurs silencieux », dans ce chapitre on va exposer le fonctionnement de ces deux systèmes d'après l'approche néo structuraliste de Juan Pascual-Léone.

**III-1 approche néo-structuraliste : la théorie des opérateurs constructifs de Juan Pascual Léone :**

La théorie opératoire de Jean Piaget, dite théorie structuraliste, a régné sur la psychologie de développement pendant près d'un demi-siècle, aujourd'hui encore, elle demeure un cadre de référence solide en raison de sa cohérence interne et de la description qu'elle réalise des différents niveaux d'organisation de l'intelligence humaine,

Fidèle au courant dominant de son époque, cette théorie est fortement imprégnée de la pensée évolutionniste, elle est structuraliste dans sa nature avec pour projet la mise à jour d'un développement de la pensée qui se vent à la fois universel, unique, unidirectionnel et progressif, elle a donné lieu à un monde considérable de travaux qui ont ouvert la voie vers des applications clinique et pédagogiques d'une grande richesse,

Au cours de ses dernières décennies les apports de la neuropsychologie et de la psychologie cognitive ont cependant contraint les psychologues à réviser certaines conceptions du développement cognitif ont cependant contraint les psychologues à réviser certaines conceptions du développement cognitif et de l'intelligence, en effet, dès les années soixante et parallèlement aux orientations piagésiennes, la psychologie cognitive a étudié les processus impliqués dans le traitement de l'information, plus que la recherche du développement d'un « système » cognitif, elle a centré son projet sur la définition des mécanismes généraux participant à la détection, la sélection, la perception, la reconnaissance et l'identification des informations qui proviennent de notre environnement.

Pour résumer, l'objectif des recherches ne réside plus dans la définition des structures expliquant des niveaux d'organisation des connaissances mais vise à découvrir comment nous parvenons à extraire des connaissances, comment nous parvenons à les stocker et enfin, comment nous récupérons et utilisons ces connaissances.

Depuis une vingtaine d'années, la volonté d'intégrer les apports de la psychologie cognitive à ceux du structuralisme s'est traduite dans l'élaboration des théories néo-structuralistes. Ces théories retiennent l'essentiel de la thèse structuraliste, c'est-à-dire expliquer le développement des compétences de l'enfant (ce qu'il doit être capable de faire), mais elles

visent également à proposer des modèles portant sur les mécanismes impliqués dans les performances de l'enfant, les auteurs soulignent l'existence de déterminants fonctionnels et non structuraux, partiellement indépendants des situations d'apprentissage comme par exemple les capacités attentionnelles du sujet.

Si ces théories nous permettent de distinguer des déterminants, des performances dépendant et ou indépendants des situations d'apprentissages, elles conduisent alors à penser qu'une approche analytique concernant le développement cognitif ne peut plus se contenter d'un repérage, si complexe soit-il, des structures cognitives ou des connaissances acquises, comme nous pouvons le faire à partir des modèles classiques, y compris nous l'avons vu, à partir des modèles intégrant la différence entre les performances intellectuelles et les capacités cognitives.

Le néo structuralisme vise à intégrer les rapports de la psychologie cognitive anglo-saxonne dont on retiendra le principe d'une architecture cognitive générale (mémoire permanente, mémoire de travail et instance de contrôle) au structuralisme piagétien et répondre ainsi aux critiques adressées au constructivisme en introduisant la théorie des opérateurs constructifs (théorie des opérateurs constructifs) J.P. Léone 1970 se réclame de la théorie piagétienne lorsqu'il retient le principe d'un développement régi par des facteurs internes d'équilibration envisagé comme des facteurs organiques contraignant les conditions d'apprentissage.

Le développement est donc envisagé ici comme un processus constructif mais contraint et régulé par des facteurs internes donc non réductibles à l'apprentissage.

La théorie des opérateurs constructifs ajoute au constructivisme une ambition, celle d'aboutir à une approche explicative concernant le processus constructif de l'apprentissage lui-même. Pour décrire ce modèle nous nous appuyerons en grande partie, sur l'article de Ribeaupierre, 1983 qui en a fait une présentation théorique complète et qui constitue maintenant l'article de référence indiscutable.

J. P. Léone 1979 postule un double niveau d'organisation dans le fonctionnement cognitif, constructif d'un méta-sujet au sens de changement comme dans le métabolisme « à deux composantes » :

-Le système subjectifs ou « software », contenant le répertoire de schèmes symboliques stockés en mémoire à long terme résultant de l'expérience et des apprentissages de l'enfant.

Le qualificatif subjectif indique que les schèmes constituent le contenu de ce qui est éprouvé par l'individu en situation de résolution de problème « l'expérience subjective de la situation » ce système contient également des super schèmes qui correspondent aux différentes structures développées par Jean Piaget dans le cadre de sa théorie des stades.

-Le système méta constrictif, contenant un répertoire d'opérateurs silencieux, ou « hardware » dont l'intervention va rendre possible la modification des schèmes au cours du développement.

Ces opérateurs appartiennent à la machinerie cognitive du sujet et ne sont pas accessibles à la conscience.

Le qualificatif « silencieux » signifie que ces opérateurs agissent en dehors de la conscience : il ne fait pas partie de l'expérience subjective immédiate. Mais leurs actions sont essentielles au fonctionnement et au développement de la pensée. C'est l'interaction entre ces deux niveaux hiérarchisés qui rendra compte des performances de l'enfant.

### **III-1-1 Le système subjectif :**

Il contient les schèmes et ceux-ci définis comme des ensembles ordonnés d'actions mentales constituant des unités comportementales susceptibles de se généraliser par assimilation d'une situation à une autre. Il s'agit d'une unité processuelle interne au sujet, ils sont subjectifs parce qu'ils sont liés à son expérience et rendent compte pour ce dernier des régularités observées dans son environnement et déterminent ses performances dans l'ensemble de ses activités. Ils sont stockés en mémoire à long terme, ils peuvent être activés indépendamment les uns des autres.

Tous les schèmes de ce répertoire du méta sujet intègrent structurellement une dimension déclenchant, contenant l'ensemble des conditions d'activation qui peuvent être remplies par une information issue de l'environnement ou par un état mental interne, et une dimension effective, c'est-à-dire l'opérationnalisation du schème en une action mentale ou motrice résultant de l'activation. Par ailleurs, la propriété de récursivité du schème implique dans ses effets le déroulement de schèmes connexes à l'action engagée, l'apprentissage s'opérant ainsi

par la constitution de schèmes de plus en plus complexes par intégration des schèmes affectifs, personnels et cognitifs<sup>23\*</sup>.

Chacun d'eux se subdivisent en schèmes d'action en schèmes exécutifs, mais nous ne précisons ces notions que dans le cadre des schèmes cognitifs :

- Les schèmes affectifs correspondent à des états émotionnels ou motivationnels qui peuvent à leur tour engendrer de nouveaux états, renforçant les schèmes qui les traduisent.
- Les schèmes personnels sont des résultantes des schèmes affectifs et cognitifs et se rapportent au système de valeur, de croyance du méta sujet et lui confère un style singulier dans la conduite de ses actions (l'action étant ici retenue dans son sens le plus élargi. Traduisant aussi bien un fait physique que psychique, un état, une stratégie...).
- Les schèmes cognitifs : sont les plus développés par la théorie des opérateurs constructifs aussi allons-nous les présenter ci-dessous. Parmi les schèmes cognitifs, J. P. Léone distingue essentiellement les schèmes d'action et les schèmes exécutifs :

-Les schèmes d'action contiennent eux-mêmes des schèmes figuratifs et des schèmes opératifs.

-Les schèmes figuratifs fonctionnent comme des objets mentaux produisant des états ou des représentations mentales constituant les contenus de pensées. Stockés en mémoire, ils sont activés dans le cadre de la tâche à effectuer en réponse à une entrée interne ou externe

---

<sup>23</sup> \*Curieusement nous retrouvons ici une classification des systèmes de schèmes chez J. P. Léone qui rappelle la classification des contenants de pensée par B. Gibello (contenants fantasmatiques, contenants narcissiques et contenants cognitifs) Approche psychanalytique de la structuration de la pensée). Même si ces deux auteurs appartiennent à des champs épistémologiques très différents et que les deux conceptualisations ne sont évidemment pas superposables, il est intéressant ici de noter ce qui pourrait apparaître comme des points de convergences entre d'une part une approche strictement cognitive et, d'autre part un modèle intégrant le cadre de la psychologie dynamique.

adaptée. Le stock de schèmes figuratifs est d'autant plus riche que l'enfant a acquis une certaine expérience dans l'activité sollicitée.

-Les schèmes opératifs agissent sur les schèmes figuratifs, modifient leur contenu et conduisent à l'élaboration de schèmes plus complexes. Ils correspondent aux opérations mentales qui s'appliquent sur les schèmes figuratifs, ils leur font subir une transformation pour qu'apparaissent de nouveaux états mentaux.

Cette application explique notamment la génération et le stockage en mémoire de représentations de plus en plus complexes. (On ne peut s'empêcher de voir également ici un rapprochement fortuit avec la distinction faite par B. Gibello 2004 entre ; D'une part les représentations de choses qui correspondent aux figurations d'état et, d'autre part les représentations de transformations qui construisent une suite temporelle d'état et d'événements.

-Les schèmes exécutifs sont définis par de Ribeaupierre A. 1983, comme des « schèmes opératifs complexes et généraux ». Ils occupent dans le système une fonction de programmation et de suivi dans le déroulement de l'action cognitive, le but à atteindre et les consignes.

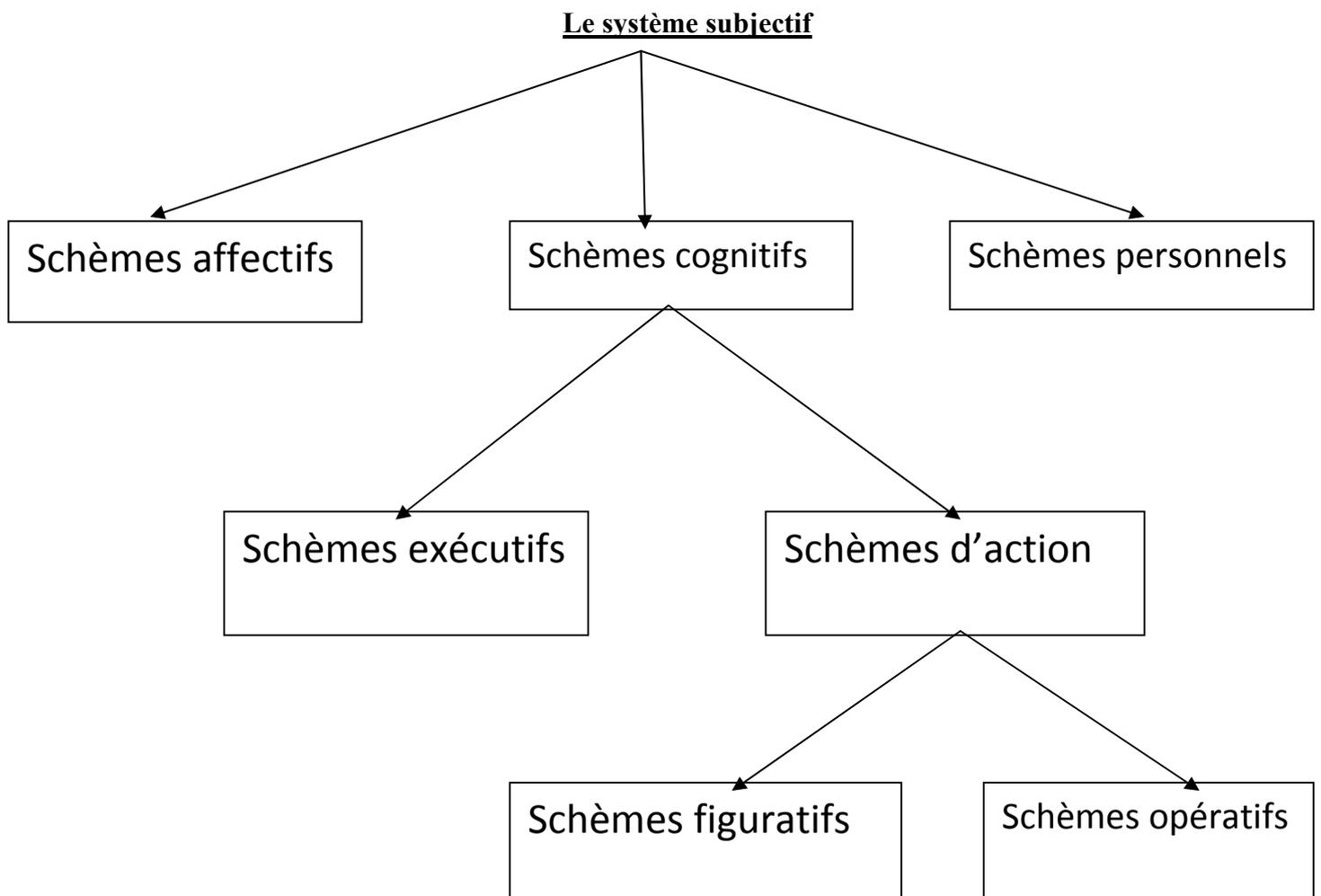
La mise au point du déroulement cognitifs et personnels qu'il sera nécessaire d'activer pour atteindre le but désiré ; Ils supervisent et ordonnent par des procédures appropriées la succession des schèmes ou séquences de schèmes, ainsi que l'usage et la régulation des ressources nécessaires à leur fonctionnement.

Autrement dit, ils se conduisent et se complexifient par l'expérience au fil des apprentissages et mobilisent les opérateurs organismiques en vue de la réalisation de l'objectif.

Ils constituent ainsi l'interface entre l'environnement et le système méta constructif car ils sont les processus qui contrôlent l'allocation des capacités « M » (espace mental) et « I » (inhibition), ils prennent ainsi en charge le travail proprement dit de la pensée lorsqu'il s'agit d'établir des liens associatifs et de conduites des opérations de transformations. Nous pouvons schématiser le système subjectif avec les schèmes cognitifs par la figure « **F1** »

Figure1 : Organisation du système subjectif dans la théorie des opérateurs constructifs

« pascual Léone juan »



L'organisation du système subjectif dans la théorie des opérateurs constructifs « J.Pascual. Léone ». L'ensemble de cas répertoires construits par le sujet évolue tout au long de sa vie, puisque tous les schèmes varient en complexité et qu'à tout moment l'ensemble des schèmes d'un répertoire total sont activés même si seuls ceux concourants au développement de l'action entrent en application.

Jean Pascual Léone introduit ici la notion de champ d'activation issue des théories du traitement de l'information, mais il complète sa proposition par l'intervention de l'opération silencieuse qui aura un rôle déterminant sur l'activation des schèmes.

### **III-1-2 Le système méta constructif :**

Les opérateurs silencieux sont des méta-construits par le fait qu'ils exercent leur action sur l'ensemble des schèmes cognitifs, affectifs et personnels et qu'ils sont indépendants du type de situation dans laquelle ils sont impliqués. Ce sont des facteurs neurobiologiques des ressources propres à l'organisme, qui opèrent sur les schèmes en activation ou en inhibition et qui sont ainsi directement responsables de la production de nouveaux schèmes (super-schèmes) permettant de résoudre les problèmes posés dans l'environnement. J. P. léone distingue sept opérateurs silencieux :

- L'opérateur M : caractérisé l'espace mental de traitement
- L'opérateur I : pour inhibition
- L'opérateur L et C : les opérateurs d'apprentissage
- L'opérateur F : les facteurs de champ
- L'opérateur A : affectif
- L'opérateur B : personnel

**\*L'opérateur M :**

Cet opérateur M ou espace mental de traitement fonctionne comme un système central de mémoire à court terme contraignant quantitativement l'espace mental sollicité dans une tâche de résolution de problème. Sa puissance sera définie par le maximum de schèmes que le sujet peut activer simultanément dans une opération mentale, il constitue donc « l'énergie mentale » nécessaire à l'activation des schèmes par une situation donnée.

Sa distribution sur les schèmes pertinents étant contrôlée par les schèmes exécutifs, spécifiques à l'action, contenus dans le répertoire « H » de schèmes symboliques disponibles.

Ces schèmes exécutifs, qui représentent les consignes et jouent un rôle important de planification des stratégies, bénéficient eux-mêmes de cette activation tout en contrôlant l'attribution de (M) sur les schèmes d'actions. J. P. Léone (1994) considère que cette quantité d'énergie mentale nécessaire à l'activation des schèmes exécutifs  $E$  est maintenue constante quel que soit l'âge, après s'être développé au cours des deux premières années de la vie si bien que l'on peut postuler que la capacité mentale d'un enfant de deux ans et celle qui lui permet de maintenir l'activité du schème exécutif tout au long de cet âge-là, c'est-à-dire égale à  $E$ .

Par contre l'énergie mentale disponible pour l'activation des schèmes figuratifs opératifs subit des contraintes en fonction de l'âge, ce qui fait de (M) un opérateur dont le potentiel d'activation évolue dans le temps. C'est en fait cette qualité d'énergie (K), affectée aux schèmes d'action, qui correspond au « nombre maximum de schèmes différents, non directement activés par d'autres méta construits, qui peuvent être simultanément activés par (M) en une seule opération mentale » (de Ribeaupierre A. 1983) la quantification de cette énergie disponible et qui s'appelle : « puissance M » (M.P) est alors présentée sous la forme : puissance M (M.P) = schèmes exécutifs (E) + quantité d'énergie (K). Ou « E » correspond à la quantité d'énergie « M » disponible pour l'exécutif et ou « K » correspond à la puissance « M » attitude aux schèmes et d'action.

Si pour J.P. Léone 1994 « E » et « K » sont en grande partie indépendante, seule l'échelle de « K » sera de nature à rendre compte de la croissance développementale de « MP » sachant qu'elle connaît une augmentation séquentielle d'une unité tous les deux ans, de trois ans jusqu'à quinze ans. Cette augmentation régulière étant liée à la maturation, le principe développemental de M nous permet de prédire les performances pour tous les sujets d'une même tranche d'âge et ce indépendamment de l'apprentissage .il ressort donc des travaux de J.P.Léone que la valeur « K » augmente de 1a7 au cours du développement comme le montre le tableau ci-dessous les estimations de K ont été ,par ailleurs testées empiriquement à partir d'une variété de situations intégrant différents domaines de traitement de l'information qui ont confirmé l'estimation proposée par la théorie des opérateurs constructifs .il apparait également que la croissance de K est cohérente avec la chronologie des stades de la théorie piagétienne et qu'elle constitue vraisemblablement le générateur qui permet le passage d'un stade à l'autre .comme le montre le récapitulatif suivants :

M=E+K	Sous stades piagétiens	Agés chronologiques
E+1	Préopératoire inférieur	3ans -4ans
E+2	Préopératoire supérieur	5ans-6ans
E+3	Opérations concrètes inférieures	7ans -8ans
E+4	Opération concrètes supérieures	9ans-10ans
E+5	Sous stade préformel	11ans-12ans
E+6	Sous stade formel A	13ans-14ans
E+7	Sous stade formel B	15ans-1-ans

**Tableau II : prédiction des valeurs de « M » en fonction de l'âge et correspondances avec sous stades piagétiens d'après Ribeaupierre A .1983**

**\*L'opérateur I (inhibition)**

L'opérateur I joue le rôle d'un filtrage de l'attention associé à l'opérateur M. Il représente la capacité d'inhiber les schèmes non pertinents avec la résolution de tâche cognitive et qui avaient été activés spontanément par les caractéristiques de la situation. Son corollaire est constitué par un opérateur de dés-interruption (Id) qui permet d'annuler les effets de l'inhibition.

Comme l'opérateur (M), il est indépendant du contenu et son action est contrôlée par les schèmes exécutifs. D'ailleurs son efficacité croît avec le développement de ces schèmes puisque c'est l'expérience qui conduira d'autant plus à déterminer la pertinence d'un schème que celui-ci a déjà été retenu avec succès lors d'actions précédentes se rapportant au même type de situation.

Aussi, comme l'avance Ribeaupierre A. (1983), c'est l'accroissement de l'intensité et de l'efficacité de l'action de cet opérateur qui permettrait d'expliquer la supériorité des enfants à l'intérieur d'une même période de deux ans dans le cadre des stades successifs de la croissance de l'espace mental (M). Cet opérateur présente un intérêt incontestable en venant compléter la compréhension du développement de « l'attention mentale » en complément de l'opérateur (M). En effet, on peut considérer que la capacité attentionnelle soit contrainte à la fois par des éléments ayant trait à l'énergie disponible, accordée à une centration mentale, en même temps qu'interviendrait un système intéressé par le tri à l'intérieur de l'ensemble des schèmes Activés.

L'effet de (I) permet ainsi l'allocation de ressources aux différents schèmes nécessaires pour réaliser une tâche donnée tout en inhibant le déclenchement d'autres schèmes.

**\*Les opérateurs L et C :**

Ce sont les opérateurs d'apprentissage ; Ils tiennent une place prépondérante dans la complexification des schèmes et la création de nouveaux schèmes se différenciant au contact de l'expérience. Chacun de ces deux opérateurs permet un type défini d'apprentissage se

rapportant aux concepts piagétiens d'abstraction réfléchissante, distinguant des apprentissages de contenu © et des apprentissages structuraux (L).

L'opérateur C (abstraction simple) procède par différenciation progressive des schèmes intégrant les nouvelles propriétés figuratives et opératives consécutives à la répétition de l'expérience ; Il en résulte des schèmes plus différenciés à plus forte densité de contenu.

Au cours de son développement, par exemple, l'enfant passe par des schèmes très généraux qui s'appliquent à plusieurs objets présentant des traits communs et qui sont alors confondus.

Son expérience répétée des rencontres dans l'environnement avec ces objets lui permettra de construire des différenciations successives et d'enrichir son schème général par assimilation des schèmes secondaires qui lui seront alors subordonnés. Par exemple lorsque l'enfant rencontre un cheval, ce schème reçoit une forte activation avec un affinement des propriétés spécifiques tandis que le schème plus général « incluant cheval, zèbre, âne, » reçoit une plus faible activation.

L'opérateur L (abstraction réfléchissante) permet un apprentissage de structures logiques en référence aux structures logico mathématique du modèle piagétien.

Il intervient alors comme un processus intégratif , permettant l'émergence de structures de plus en plus complexes pouvant fonctionner sous deux conditions : la première sous-tend une fusion de schème en une structure composite par automatisation « sur-apprentissage, mémoire procédurale » donc de façon dépendante de la situation d'apprentissage ; ce qui suppose une confrontation régulière de l'enfant avec les mêmes activités , c'est dire un apprentissage qui porte sur des schèmes qui s'applique souvent en raison de leur fréquente activation , il s'agit d'un apprentissage empirique et implicite lié à l'expérience et à la pratique .on parlera ici d'une structuration de type (LC) ou la composante (C) renvoie à l'opérateur d'apprentissage présenté ci-dessus .il s'agit d'un apprentissage lent tactile contexte de leur formation .

La seconde , plus généralisable et en partie indépendante de la situation d'apprentissage , porte sur des schèmes fonctionnant de manière conjointe et permet leur synthèse ,cette situation d'apprentissage est différente de la précédente en ce sens qu'elle nécessite l'activation rapide des schèmes pertinents et sollicite donc la puissance (M) disponible .on parlera ici d'une structuration de type « L.M » mais il faut observer que dans cette situation la coordination des schèmes sera d'autant plus efficace que certains schèmes auront été

automatisées, libèrent ainsi de l'espace de traitement. Cette conceptualisation suppose donc d'une construction préalable due à (L.C) soit nécessaire à (L.M).

Il est possible d'illustrer la différence fonctionnelle entre les deux situations (L.C) et (L.H) à partir d'un exemple inspiré de la neuropathologie tel que l'apraxie qui montre fréquemment une dissociation entre le procédural et le déclaratif, le patient peut réaliser spontanément une séquence de gestes concernant une habitude « ce servir une tasse de café », mais il est incapable d'organiser cette action lorsqu'on le lui demande « c'est-à-dire en déclaratif ».

La conduite spontanée serait le produit des structures (L.C) développées pendant l'expérience journalière, par contre l'exécution sur commande dépendrait des structures (L.M) construites durant les moments d'attention mentales nécessitant l'allocation de (M).

**\*L'opérateur F :**

Il renvoie à la capacité qu'a l'enfant de produire un comportement adapté à la situation en déclenchant un champ d'activation de schèmes en lien avec cette situation, que les schèmes sortent pertinent ou pas, ainsi, l'opérateur F rend compte de l'effet de champ, c'est-à-dire la tendance de l'organisation à réduire la complexité informationnelle à un certain nombre de propriétés prégnantes suffisantes à l'élaboration d'une représentation cohérente de la situation et ce, afin d'augmenter l'efficacité du traitement cognitif. Il procède selon deux processus l'un sensoriel (FS), en organisant très tôt les aspects perceptifs, l'autre processuel (F.P) en modifiant le patron final d'activation dont le but est de renforcer sa cohérence. Il peut ainsi par son souci d'économie induire le sujet en erreur en renforçant l'activation de schème non pertinent lorsque l'entrée perceptive est trompeuse, comme c'est le cas pour les erreurs commises par les enfants les plus jeunes dans les épreuves de conservation. Le développement de (F) pourrait donc être lié au développement du répertoire de schèmes (LC), son influence augmentant ainsi avec l'expérience.

**\*Les opérateurs A et B**

Ces opérateurs gardent encore un statut très général dans la théorie de J. P-Léone, car ils ont été peu étudiés et opérationnalisés par des travaux expérimentaux.

L'opérateur affectif (A) et l'opérateur personnel (B) interviendraient à différentes étapes du fonctionnement du méta sujet et particulièrement au début du traitement en mobilisant les schèmes affectifs et personnels, donc en déterminant le degré d'implication du méta sujet par l'expression de l'état émotionnel et la mobilisation des ressources motivationnelles (schèmes affectifs), mais aussi les croyances, les valeurs ou les styles cognitifs (schèmes personnels).

En accord avec les conceptions les plus actuelles, la théorie des opérateurs constructifs retient le principe d'une cognition chaude, selon lequel le traitement cognitif d'une tâche s'effectue toujours dans un contexte affectivo-émotionnel spécifique conjugué au cadre plus général d'un environnement social et culturel, l'ensemble constituant la marque et la singularité du style cognitif de l'enfant.

**III-2 l'organisation fonctionnelle du méta-sujet :**

Le cerveau possède une plasticité remarquable, plus particulièrement au cours des premières années de la vie, mais également tout le long de la vie. Cette plasticité adaptative lui permet d'intégrer en permanence des connaissances nouvelles et modifier ses structures fonctionnelles au cours des expériences. Cette plasticité est étroitement dépendante de sa capacité d'attention mentale qui ne doit pas être confondue avec la capacité de la mémoire de travail. Ou mémoire active, telle qu'elle est développée dans les théories des sciences du traitement de l'information (STI). Ce système d'attention mentale proposé par la (T.C.O) est un système complexe qui comporte plusieurs niveaux d'intervention simultanément et séquentiellement.

Une situation donnée active est déterminée par un répertoire de schèmes dénoté H à l'intérieur du répertoire H « internalise » comprend des schèmes cognitifs, affectifs et personnels, chacun d'eux se subdivisant en schèmes figuratifs, opératifs et exécutifs.

Le méta sujet code tout d'abord l'input par un ensemble de schèmes de contenu « construits suite à l'activation de l'opérateur C » et de structure(LC) automatisées « construite suite l'application de l'opérateur LC ».

Cette première activation conduit à des choix affectifs et personnels qui solliciteront les schèmes exécutifs leurs correspondent ,notons qu'au même moment l'opérateurs F.S est mobilisé en vue de renforcer le poids d'activation des schèmes filtrés dans le champ H en fonction de ce pattern d'activation 'modèle d'internalisation , le sujet peut produire une réponse :soit automatisée ,sous le contrôle des schèmes exécutifs pertinents et la mobilisation de l'opérateur (FP) qui vise à maximiser l'économie et la cohérence , structure de la réponse .

Soit de type contrôlée, donc conduire à la mobilisation d'autres opérateurs qui renforceront l'activation de certains schèmes contenus dans (H), ici les opérateurs M et I seront mobilisés par la mise en marche du module d'attention mentale afin d'ouvrir l'allocation de ressources nécessaire à la résolution de la tâche. Ainsi la théorie permet de distinguer un niveau de fonctionnement de type pré attentionnel et un niveau de fonctionnement attentionnels le premier concerne un fonctionnement automatique qui ne nécessite pas d'énergie mentale pour se dérouler dans la mesure où les schèmes activés pour résoudre un problème sont directement appliqués à ce problème sans traitement cognitifs explicite.

Le second au contraire, suppose un fonctionnement contrôlé ou stratégique nécessitant des ressources attentionnelles. Ce type de fonctionnement est mis en œuvre intentionnellement par le sujet en fonction des buts visés, le contrôle et le déroulement de l'action via les opérateurs et schèmes dont il dispose.

Ainsi, toutes les situations rencontrées par l'enfant s'intègrent à l'expérience du méta sujet et participent à la construction de schèmes se complexifiant au contact de l'environnement et vectorisés le développement. Tout au long de ce développement, l'allocation de ressource M tiendra une place déterminante car, dans ce modèle, c'est l'augmentation quantitative de M qui conduira aux changements qualitatifs rendus possibles par la plus grande complexité des structures mobilisées (structures L.M en particulier).

***La deuxième partie:***

***“Méthodologie et démarche d’approche”***

---

**Chapitre 1: "évaluation clinique du cas"****\*Introduction :**

L'objet de cette recherche concerne l'étude descriptive des caractéristiques cognitives d'une adolescente épileptique, nous avons postulé au choix d'évaluation globales des processus, performances cognitifs permettrait de dégager "un profil cognitif «plus ou moins spécifique de cette pathologie, ensuite pour explorer le fonctionnement cognitif et dépasser le seul constat des troubles de l'intelligence, nous avons élargis notre étude à la recherche d'indicateurs de compétences ou des potentialités d'apprentissage préservées et non révélées à partir des tests classiques.

Au-delà des aspects quantitatifs, c'est plus particulièrement la mise en évidence de processus cognitifs appartenant à des niveaux différents qui est recherchée ici, pour compléter les connaissances actuelles des troubles de l'organisation de la pensée présentés par cette population clinique.

Notre choix d'instruments d'étude s'est porté sur : l'entretien clinique, observation clinique, analyse clinique, le test de Wechsler (WAIS-R), ce dernier est fréquemment utilisé en psychopathologie de l'enfant et l'adolescent, la construction de ces instruments d'évaluation permettent de recueillir les performances intellectuelles qui sont réalisés dans le cadre d'activités mentales complexes comme la formalisé Gréco, 1980: "l'observation du fonctionnement opératoire dans le cadre de la résolution de problème ne nous apparaît pas seulement comme le moyen narratif de reproduire l'historicité du travail intellectuel, mais bien comme l'une des approches les plus sûres pour compléter et renouveler les catégories analytiques pour entrer dans les mécanismes eux-mêmes». C'est à dire que l'analyse du fonctionnement cognitif s'appuie sur l'analyse de la tâche cognitive (résolution de problème) comme là dit très pertinemment Gréco. Alors la tâche est l'unité qui permet de découper et d'analyser " le travail cognitif», elle est caractérisé par un résultat à atteindre, par des contraintes dans l'obtention de ce résultat et par un domaine de connaissances spécifiques.

A ce niveau d'analyse nous nous inspirons de la méthode clinique de Jean. Piaget, en suivant notre cas d'étude dans chacune de ses réponses en analysant ces procédures adoptés pour résoudre le problème et en la faisant parler de plus en plus librement, on finira par obtenir dans chacun des domaines de l'intelligence (logique, explications causales, fonction du réel,...) un procédé clinique (ses difficultés cognitives).

**I-1 présentation du cas et anamnèse:****I-1-1 présentation du cas:**

Mademoiselle "N" est une jeune adolescente âgée de 18ans originaire et demeurant à Tlemcen, célibataire, collégienne en 3ème année moyenne, issue d'un mariage non consanguin et d'un niveau socioéconomique moyen avec un père âgée de 55ans ancien gendarme retraité et une mère âgée de 53ans laborantine au CHU de Tlemcen. Dernière d'une fratrie de quatre enfants; deux frères et une sœur.

**I-1-2 le contexte médical:**

Mademoiselle "N" souffre d'une épilepsie idiopathique (cause héréditaire), qui débuta à l'âge de 08ans. Le diagnostic a été établi essentiellement à partir de la phénoménologie des crises par un neuropédiatre. Plusieurs enregistrement EEG (électro-encéphalogramme) effectués après sa première crise avaient toujours conclu à un tracé modérément perturbé, «diffusément lent», mais «sans asymétrie, ni activité épileptiforme anormale». Durant les enregistrements EEG, mademoiselle "N" n'avait en effet présenté aucune crise qui aurait permis de s'appuyer sur un tracé en période critique. Par ailleurs, l'IRM cérébrale avait permis de mettre en évidence de foyer potentiellement épileptogène, qui a confirmé le diagnostic posé. Mademoiselle "N" est sous traitement antiépileptique "Dépakine" deux comprimés par jours.

Le diagnostic a pu être posé en se basant sur les particularités de la clinique de l'épilepsie (les crises), et confirmé par l'IRM cérébrale alors que les données électroencéphalographiques sont restées particulièrement muettes durant les examens médicaux, de plus mademoiselle "N" a des antécédents familiaux du côté maternel car sa tante et sa cousine souffraient du même type d'épilepsie, qui est l'épilepsie idiopathique, pendant la période de l'enfance et l'adolescence et qui disparaît miraculeusement après cette dernière (période d'adolescence) et après quelques années de traitement.

Actuellement sa cousine ne souffre plus d'épilepsie, ces crises ont disparus; Par contre sa tante qui n'avait plus de crises après la période de l'adolescence, mais ces dernières ont réapparues suite à son premier accouchement qui était difficile, depuis sa tante souffre encore d'épilepsie et est encore sous traitement.

La mère de mademoiselle "N" précisa que dans sa famille l'épilepsie apparaît beaucoup plus à la période de l'enfance et/ou le début de l'adolescence, mais qui disparaît après la période de l'adolescence (fin de l'adolescence) suite à un suivi rigoureux de traitement médicamenteux, comme elle espère que les crises d'épilepsie de sa fille vont disparaître après quelque année de traitement, c'est pour ça elle surveille de près l'état médical et thérapeutique de sa fille.

### **I-1-3 La clinique du cas:**

C'est donc à l'âge de 08ans, suite à être grondé et humilié par sa maitresse de l'école primaire que mademoiselle "N" présentait sa première crise sous forme de signes pathologique suivant: vomissement, tonicité du corps, perte partielle de conscience. Aussitôt mademoiselle "N" se présentait au CHU de Tlemcen accompagnée par ses parents et le directeur de l'école pour consultation médicale révélatrice d'un trouble digestif.

La mère de mademoiselle "N" déclare "depuis ce jour la nôtre vie familial a changé, car en vivait dans un contexte obscure (méconnaissance de la vraie pathologie de "N"). Depuis mademoiselle "N" souffrait de l'émergence de plusieurs crises par jours (3/4 crises), précédait par une phase d'aura qui se caractérisait par des signes suivants: état d'asthénie, épuisement totale (elle ne pouvait plus se mettre en position debout). ce qui a terrifié ses parents, qui se sont sentis d'être en position d'échec et de désarroi.

Mademoiselle "N" été suivi par un pédiatre pendant 09 mois, qui n'a pas pu annoncer le bon diagnostic car tous les résultats des examens médicaux (EEG, ...) étaient normaux, ce dernier a assister à la manifestation d'une crise a son cabinet et déclarait a ses parents en sa présence que leur fille aurait un problème psychologique que médical en les orientant chez ses confrères psychiatre et psychologue en ajoutant que leur fille provoquait elle-même ses crises pour attirer leur attention et qu'il s'agirait probablement d'une pathologie psychique (hystérie).

La mère de mademoiselle "N" déclare: «à ce moment je me suis posé plusieurs questions;...Pourquoi nous?...Qu'est-ce que j'ai fait du mal pour être récompenser de cette façon?...Que dieu me pardonne" ,en ajoutant :"...Mais au fond de moi une autre partie de moi était convaincu que ma fille souffrait d'une maladie que les médecins n'ont pas pu la détecter, et qu'elle n'a pas besoin de se mettre dans un tel état pour attirer notre attention vue l'amour et l'affection qu'on lui apporte».

Delà ses parents ont décidé de consulter un autre médecin (un neuropédistre), qui a suspecté que "N" souffrait de crises d'épilepsie.

D'autres examens complémentaires (scanner...) ont confirmé le diagnostic, que mademoiselle "N" souffrait d'une épilepsie idiopathique, sous forme de crises partielles simples (sans perte totale de conscience), et doit être mise sous traitement antiépileptique.

#### **I-1-4 Le contexte des surgissements des crises:**

Les crises épileptiques de mademoiselle "N" ont foudroyés l'harmonie familiale, tous les membres de la famille avaient peur de la survenue des crises qui peuvent apparaître suite à un conflit familial, un état de stress, d'angoisse, de fatigue, de colère, ou même sans causes précises, comme elles étaient très fréquentes au milieu scolaire ce qui a causé un échec scolaire suite à plusieurs absences.

Mademoiselle "N" ne pouvait plus se rendre à l'école peur de la survenue de crise à tout moment, mais beaucoup plus parce que cette école primaire est le milieu de l'apparition de la première crise et l'origine de sa souffrance. Elle a vécu une année de rupture et d'isolement (2002-2003) caractérisée soit par des crises d'épilepsies soit par des crises de colère.

La mère de "N" déclare : "...Depuis l'apparition de la première crise, je ne reconnaissais plus ma fille, son comportement a changé; Elle était dans un état de colère, d'agressivité envers les autres et même envers elle-même : elle se frappait, s'arrachait les cheveux, pleurait pendant des heures en se cachant sous le lit ; Elle jetait, cassait tout ce qui était à sa portée.»

Actuellement mademoiselle "N" présente toujours des troubles de comportement caractérisés par la violence, agressivité envers son entourage familial et social, impulsivité et irritabilité.

**I-1-5 Les modalités d'accompagnement thérapeutique et leur conséquences sur le cas :**

Le surgissement des crises étaient devenue l'unique préoccupation de mademoiselle "N" et de sa famille car le discours familial était exclusivement centré sur l'épilepsie et son impact sur la vie psychique, intellectuelle et social de "N" ce qui nécessite un accompagnement thérapeutique.

Mademoiselle "N" a bénéficié d'un accompagnement thérapeutique médical et psychologique, ce qui la aider à accepter la maladie, son traitement, qui ont eu des répercussions néfaste sur sa vie psychique, relationnel et socio familial.

Nous allons présenter les modalités d'accompagnement thérapeutiques et leurs conséquences, en subdivisant l'évolution de la pathologie et ses expressivités en plusieurs périodes consécutives, qui sont :

**\*-La phase de latence : 09-11ans**

Après une année de (2002-2003) de souffrance et de désarroi, mademoiselle "N" est sous traitement antiépileptique "Dépakine" deux comprimés par jours, son état s'est beaucoup amélioré, les crises ont diminuées, et sa famille était soulagée.

Ce traitement antiépileptique a causé l'apparition de plusieurs effets secondaires parmi eux : troubles de la mémoire et prise de poids, qui ont eu un impact néfaste sur la vie psychique, social, et intellectuel de "N".

La mère de "N" déclare : "Ma fille a commencé a présenté des troubles de mémoire très important, par exemple en l'envoyait acheter quelque choses à l'épilepsie qui se trouve à coté de notre maison, elle partait puis elle revenait et me demandait Que dois-je acheter?, et ce phénomène se répètefréquemment...Au début je croyais qu'elle le faisaitexprès pour me provoquer , ce qui me mettait dans un état de colère...ça m'est arrivé d'être violente avec elle...Mais en voyant ses résultats scolaires se dégradés de plus en plus, et en parlant avec ses enseignants et son médecin traitant, j'ai fini par comprendre que ce trouble de mémoire était l'un des effets secondaires du traitement antiépileptique". D'autre part mademoiselle" souffrait

d'un autre effet secondaire qui est la prise de poids, "N" n'arrêtait pas de manger à tous moments. Elle déclare : "...Je mangeais sans cesse, mais j'avais toujours faim...".

Elle a commencé à souffrir de cet effet secondaire qu'à la fin de cette période, mais la situation s'est aggravée au cours de la deuxième période (phase préadolescence) où ce dernier a eu un impact néfaste sur sa vie psychique, relationnel, familial, et social.

### **\*-La phase de préadolescence:11-12ans**

Après la diminution et même la disparition des crises d'épilepsie, la pathologie a repris l'émergence sur la vie quotidienne du cas et de sa famille, car les crises ont réapparues (3 à 4 crises par jour) suite à un arrêt brutal du traitement sans l'accord de ses parents, ni de son médecin traitant.

Mademoiselle "N" faisait semblant de prendre ses comprimés puis en absence de sa mère elle les cachait sous le canapé du salon (attitude enfantine, à son âge elle pourrait trouver d'autres solutions tel que : les jeter aux toilettes en tirant la chasse d'eau...)

Par un weekend (la fin de la semaine) la mère de mademoiselle "N" faisait le grand ménage et en déplaçant le canapé a trouvé plusieurs comprimés aussitôt elle a compris que l'état de santé de sa fille a régressé suite à son refus et opposition de suivre son traitement, ce qui la mise dans un état de colère. Depuis ce jour-là les parents du cas ont changé de conduite avec leur fille. Chaque jour qui passait était un jour de souffrance, de conflit puisqu'on l'a forcé de prendre ces médicaments au point de l'attacher et de lui faire avaler son traitement par la force.

Mademoiselle "N" vivait dans un état de souffrance psychique intense, d'une part de la réaction, le comportement de ses parents, et d'autre part de ce corps étrange (un corps malade et gros), elle n'acceptait pas sa maladie, ni son traitement, ni ce corps honteux, comme elle ne supportait plus les regards et les jugements des autres, alors elle se retirait du social peu à peu jusqu'aux points de ne plus quitter sa maison.

Cette année de scolarité s'est caractérisée par plusieurs absentéisme, échec scolaire, incapacité d'établir des relations amicales (manque d'amie). Face à cette situation de souffrance, de stress, de désarroi elle a développé un trouble du comportement (l'agressivité) pour exprimer son mal être et sa souffrance; Cette agressivité verbale et gestuelle est exprimée surtout envers sa mère

et sa sœur ainée.

Mademoiselle "N" déclare : "...Ma mère ne comprenait pas ma souffrance, comme elle m'étouffait par sa présence constante et sa surprotection...»En ajoutant que : "...Ma sœur est en bonne santé, à une belle silhouette, de bon résultats scolaire...une vie normale...Dé fois je me pose la question : pourquoi moi et pas elle?..."

### **\* La phase d'adolescence:13-18ans**

Cette période très importante est subdivisée en trois temps consécutif. Chaque temps se caractérise par ses propres spécificités et expressivités psychopathologiques...

#### **-T1-13-14/15ans :**

Mademoiselle "N" est toujours sous traitement antiépileptique, les crises d'épilepsie ont diminuées, mais les troubles de comportement sont aggravés, car l'expression de l'agressivité ne se portait plus qu'envers son entourage familial mais aussi envers son entourage social (ses camarades, ses professeurs, ses voisins), l'agressivité et la violence sont devenue son unique moyen d'expression et de communication.

De plus mademoiselle "N" est devenue une personne peu respectueuse des personnes et des lieux, ce qui a causé sa sanction du collège, suite à un conflit avec son professeur de mathématique qu'elle a insulté devant ses camarades. Cette sanction a obligé ses parents de la transférer à un autre établissement. Mais le problème n'était pas résolu car elle souffrait de plus de trouble d'adaptation (incapacité ou difficulté de s'intégrer, de s'adapter à une nouvelle situation : un nouveau collège, incapacité d'établir de nouvelles relations amicales); Ce qui justifie son absentéisme répétitif et son refus d'aller à ce nouveau collège, ce qui a obligé de nouveau ses parents de lui changer encore une fois le collège.

#### **-T2-15/16-18ans :**

Mademoiselle "N" ne présente plus de crises d'épilepsie sauf en cas de conflit familial, elle accepte sa maladie mais pas son traitement qui lui cause d'autres effets secondaires ( chute de

cheveux, dégradation de qualité de cheveux...), Elle déclare: " l'épilepsie est une maladie normal comme toute sorte de maladie...elle n'est pas grave...Ma mère m'a dit qu'il suffisait de suivre ton traitement et tu n'auras plus de crises d'ici quelque année."

Ces troubles de comportement ne se sont pas améliorés, elle présente des crises de colère très intense, agressivité verbale et gestuelle, et des crises de jalousie surtout envers sa sœur (attitude infantine). Par exemple "si son père exprime son affections a sa fille ainée, elle se met dans un état de colère, en poussant sa sœur et en demandant à son père de lui dire qu'il l'aime le plus".

De plus: " Si son père donne une certaine somme d'argent à sa fille ainée, il doit lui donner à son tour, mais plus que sa sœur".

A cette période un nouveau phénomène s'est apparue qui est établir des relations amicales par intérêt, en choisissant ses camarades en fonction de ses besoins mais ses relations ne dureraient pas pour une longue durée (relation passagère) ou elle se désinvestit d'eux en créant un problème (une dispute) par crainte que l'autre la rejette (se désinvestit de la relation amicale) puisqu'elle souffrait d'être rejeté par leurs pairs.

Actuellement (2012) après avoir quitté le collège, mademoiselle "N" suit une formation de coiffure dans un centre spécialisé.

## **I-2 La mesure de l'intelligence :**

La mesure de l'intelligence suppose que le concept soit au préalable défini. La définition très générale comme étant l'ensemble de capacités mises en œuvre pour résoudre un problème.

De plus la notion de l'intelligence sous-tend au moins les mécanismes suivants : " construction de connaissances relatives à l'environnement qui peuvent s'améliorer par le développement et l'apprentissage, stockage d'informations sur le passé et l'expérience passé, construction d'invariants, développement de stratégies pour adapter l'organisme à l'environnement et pour adapter l'environnement à l'organisme, automatisation de ces stratégies, anticipations de situations futures et de stratégies de réponses appropriées"<sup>1</sup>.

Pour Piaget " L'intelligence n'est qu'un cas particulier de l'adaptation biologique : si la vie est

---

<sup>1</sup> : Pierre, Margada ; *Manuel de psychologie ( introduction à la psychologie scientifique)*, P254.

adaptation à des conditions de milieu changeant, l'intelligence humaine est une des formes d'adaptation qu'a prise la vie dans son évolution".

L'intelligence se définissant en effet comme une totalité organisée; C'est à dire une unité ou les parties sont relatives au tout et ne sont significatives que par rapport au tout.

Dans cette perspective, il n'y a pas de structure sans genèse ni de genèse sans structure; puisqu'il y a continuité du biologique au psychologique.

Claparède ou W.Stern définissaient l'intelligence comme la capacité qui permet à l'individu de dépasser des difficultés perçues en leur trouvant une solution, de plus en plus adaptées.

Bien que de telles définitions de même que celle de Piaget (adaptation mentale) ne sont pas opérationnelles et bien qu'elles soient plus vagues que les définitions par énumération (intelligence=jugement, raisonnement, pensée, etc.), elles permettent de mieux saisir ce phénomène et renvoient à des acceptions divers que les mesures reflètent."Les tests valent ce que valent les idées qui ont présidé à leur construction"<sup>2</sup>

La diversité des approches théoriques de l'intelligence a généré une diversité dans les épreuves utilisées pour l'évaluer, les échelles de développement intellectuel s'appuient sur la notion d'âge mental (Binet-Simon), les épreuves de développement cognitif s'appuient sur la théorie piagétienne; les tests d'aptitude sur l'analyse factorielle, et les échelles composites, conçues de façon pragmatique, supposant qu'en multipliant les points de vue sur le fonctionnement du sujet dans une diversité de tâche, on pourra quantifier la capacité générale qui y préside.

Voilà donc autant d'outils différents à la disposition du chercheur qui souhaite obtenir une indication sur le niveau du développement intellectuel d'un enfant ou adolescent, sur le profil cognitif et la qualité des différents aspects du fonctionnement intellectuel. Ce grand choix nous permis de choisir l'outil le plus approprié à nos buts de recherche, à notre cas d'étude, en fonction de son âge et de ses possibilités et en fonction des objectifs de l'évaluation qui est : "l'échelle d'intelligence de Wechsler pour les adultes" (WAIS-R). Wechsler (1896-1981) a découvert et a développé trois tests d'intelligence normalisés, couramment utilisés; Il définit l'intelligence en 1944: " l'intelligence est la capacité globale au complexe de l'individu, d'agir dans un but déterminé, de penser d'une manière rationnelle et d'avoir des rapports utiles avec

---

<sup>2</sup> :Sackel,P ; et autres ;*Psychométrie et des tests*,2007-2008, P03

son milieu. Elle est globale parce qu'elle caractérise le comportement de l'individu dans son ensemble, elle est complexe parce qu'elle est composée d'éléments ou aptitudes qui, sans être entièrement indépendant sont qualitativement différenciables "<sup>3</sup>.En ajoutant : " Comme l'électricité l'intelligence générale peut être considérée comme une sorte d'énergie,Nous ne connaissons pas la nature foncière de cette énergie, mais ainsi que dans le cas de l'électricité, nous la connaissons parce qu'elle produit ou mieux, parce qu'elle nous rend capables de faire-établir des associations appropriées entre les événements, tirer correctement des conséquences de prémisses, comprendre la signification des mots, résoudre des problèmes de mathématique, ou construire des points. Voilà des effets de l'intelligence, de la même façon que la dissociation chimique, la chaleur ou les champs magnétiques sont les effets de l'électricité. En somme nous connaissons l'intelligence parce qu'elle nous permet de faire "<sup>4</sup>.

Sa conception va donc au-delà des aptitudes cognitives, en particulier, par sa dimension écologique de l'individu en interaction avec son environnement. Il considère que : " l'évaluation psychologique est une activité clinique qui utilise les notes obtenues à des tests, mais uniquement comme l'une des sources à partir desquelles un clinicien réfléchi, élabore le portrait psychologique intégré de l'adulte ou de l'enfant examiné"<sup>5</sup>:

### **I-2-1 Présentation du matériel de test (WAIS-R) :**

L'échelle d'intelligence de Wechsler pour adulte comprend onze subtests répartis en deux épreuves : les épreuves verbales et les épreuves de performance.

#### **A- Les épreuves verbales :**

##### **\* Information :(Subtest n°01)**

Une de série de questions orales, qui évaluent la connaissance de faits ou d'objets ordinaires, d'endroits ou de gens connus ; Elle manifeste autant l'influence du milieu culturel que du

---

3-4 :Wechsler ,D ;*Manuel de l'échelle d'intelligence pour adulte* WAIS-R, PP4-5.

5 :Wechsler,D: *manuel de l'échelle d'intelligence pour adolescent*, quatrième version WISC-IV, 1991, P95.

milieu scolaire, l'attention à la vie sociale, l'aisance verbale.

**\* Mémoire des chiffres :(subtest n°03)**

Une séquence de chiffres lus au sujet, qu'il doit répéter dans un ordre direct ou dans un ordre inverse (la série de chiffre en ordre direct et la série de chiffre en ordre inverse sont administrées séparément). Cette épreuve est très sensible à l'émotivité, à l'instabilité, aux difficultés d'attention, à la fatigue. Elle met en jeu les capacités de mémoire immédiate et de concentration, de représentation mentale dans la répétition à l'envers surtout.

**\* Vocabulaire : (subtest n°05)**

Une série de mots présentés oralement et visuellement que le sujet doit définir de manière orale. Cette épreuve reste néanmoins très dépendante du contexte scolaire et socioculturel. Elle met en jeu la capacité à acquérir des connaissances et leur étendue générale, la facilité de verbalisation, conceptualisation, richesse verbale.

**\* Arithmétique : (subtest n°07)**

Une série de problèmes arithmétiques que le sujet doit résoudre mentalement et auxquels il doit répondre oralement.

Cette épreuve est très sensible à l'influence de l'éducation et du niveau scolaire. Elle met en jeu non seulement l'adaptation scolaire mais aussi la capacité de représentation mentale de situations concrètes et d'opérations plus ou moins complexes (compréhension, établir des cohérences entre les différents éléments d'information, élaboration de décision en produisant des objectifs, raisonnement...); Elle est très sensible à l'émotivité, notamment en raison du chronométrage.

**\* Compréhension : (subtest n°09)**

Une série de questions orales ou l'on demande au sujet de résoudre des problèmes de la vie quotidienne ou de comprendre des règles ou des concepts relatifs à la vie sociale.

Cette épreuve met en jeu le bon sens en restant relativement indépendante des acquisitions scolaires ; Elle montre surtout les capacités d'adaptation pratique, d'intégration de l'éducation parentale et des normes sociales, des valeurs du groupe. Elle n'éprouve pas de mécanisme intellectuel proprement dit.

**\* Similitudes : (Subtest n°11)**

Une série de paires de mots présentées oralement, pour chaque paire le sujet doit expliquer la similitude entre les objets ou les concepts proposés. Cette épreuve semble relativement indépendante des influences socioculturelles et de l'adaptation scolaire. Elle met en jeu la capacité de conceptualisation, de généralisation, de pensée catégorielle, ainsi que la capacité de se concentrer sur l'essentiel en faisant abstraction des détails.

**B- Les épreuves de performance :**

**\* Complètement d'images : (Subtest n°02)**

Une série d'images présentant des objets ou des situations similaires; sur chaque image le sujet doit identifier la partie manquante. Elle met en jeu les capacités de perception visuelle fine, l'attention au détail (distinguer l'essentiel du superflu), l'impact de la réalité environnante. Elle fait peu appel au vocabulaire puisqu'elle peut être réussie sans que le mot juste soit toujours employé (il suffit de désigner le détail manquant).

**\* Arrangement d'images : (Subtest n°04)**

Une série d'images présentées dans le désordre, que le sujet doit arranger pour qu'elles racontent une histoire logique.

Cette épreuve est très saturée en facteur verbal, implicitement mis en jeu, ou de façon explicite sur la demande de l'examineur pour vérifier la capacité d'autocritique : C'est la capacité de critiquer son propre fonctionnement, comportement en le modifiant ou améliorant si nécessaire ; Elle fait appel à la fois à l'aptitude à saisir une situation dans son ensemble, à la capacité d'ordonner logiquement et temporellement une situation concrète, à l'adaptation

pratique et sociale.

Alors elle implique les capacités de traitement de l'information; vitesse de traitement de l'information, raisonnement logique, et la capacité d'anticiper des relations entre les divers images.

**\* Cubes : (Subtest n°06)**

Une série de modèles géométriques en deux dimensions construits devant le sujet ou imprimés, que le sujet doit reproduire à l'aide de cubes bicolores.

Cette épreuve met en jeu les capacités conceptuelles d'analyse et de synthèse, de représentation mentale, d'abstraction. Outre la distinction perceptive des couleurs, elle fait également appel à la structuration spatiale, à la latéralisation, aux capacités d'orientation. Elle est très sensible à l'émotivité, notamment en raison du chronométrage.

**\* Assemblage d'objets : (Subtest n°08)**

Un ensemble de puzzles représentant des objets communs dont les pièces sont présentées au sujet de façon précise et qu'il mêle pour obtenir une forme cohérente. Cette épreuve fait appel à la structuration spatiale et à la latéralisation, mais implique en outre le schéma corporel et l'image du corps. Elle met en jeu la motricité fine Etant plus concrète que les cubes, elle est sensible aux mécanismes ainsi qu'au besoin de reconstituer un objet en un tout. Comme aux cubes le mode d'organisation peut y être observé.

**\* Code : (Subtest n° 10)**

Une série de chiffres associés chacun à un symbole simple, en utilisant une clé, le sujet remplit la feuille en faisant correspondre les symboles avec les chiffres.

Cette épreuve met en jeu les capacités mnésiques, mais aussi de concentration, d'attention et surtout d'apprentissage. Elle est très sensible à l'émotivité en raison du chronométrage. C'est la seule épreuve qui fait appel à l'aptitude grapho-motrice.

**I-2-2 L'intérêt du choix du test :**

La question qui se pose : " Pourquoi utiliser l'échelle de l'intelligence de Wechsler pour adulte?

L'échelle d'intelligence de Wechsler pour les adultes a les mêmes fondements et la même structure que les autres échelles de Wechsler, avec la possibilité outre d'évaluer le quotient intellectuel verbal (QIV ), quotient intellectuel de performance (QIP) , quotient intellectuel total (QIT), des indices de compréhension verbale (ICV), d'organisation, raisonnement perceptif ( IOP), de vitesse de traitement( IVT) , et de mémoire de travail (IMT) :

\*La compréhension verbale sollicite des capacités de conceptualisation, de raisonnement verbal, de compréhension de l'environnement et d'adaptation sociale, en évaluant le niveau des acquisitions disponibles, et la richesse vocabulaire (tels que: vocabulaire, information, compréhension...)

\*Le raisonnement perceptif en évaluant la mise en œuvre des modes et des stratégies dans la résolution de problème et la capacité de modifier les ressources cognitives face à des situations nouvelles, il fait appel aux capacités perceptives, à l'organisation et à la représentations dans l'espace, à la capacité d'analyse et de raisonnement abstrait ( tels que : cubes, arrangements d'images...)

\*Mémoire de travail qui met en évidence la capacité de conserver, maintenir pour un temps très courts des informations en mémoire et de représenter mentalement ces informations visuelles simples (tels que: mémoire immédiate des chiffres, arithmétique, code...)

\*Vitesse de traitement de l'information qui est fournie par une mesure de l'aptitude du sujet à traiter rapidement et séquentiellement des informations visuelles simples (tels que : complètement d'images, assemblage d'objets...).

De plus cette échelle d'intelligence nous permet de comprendre les processus, les performances cognitives de base du sujet, et de dégager un profil individuel mettant en relief les forces et les faiblesses du sujet en comparant les échelles entre elles. Comme elle peut être utilisée d'une façon générale dans les recherches cliniques (psychologie de la personnalité, cognitive, sociale, développementale, en psychométrie, en psychopathologie et en neuropsychologie) ou pour mesurer l'impact d'un trouble neurologique (tels que l'épilepsie)

ou psychiatrique en utilisant certains subtests ou l'échelle au complet avec d'autres tests neuropsychologique ; Sous-jacent à l'utilité des mesures objectives, il est possible d'obtenir des indications à l'égard des traits de personnalité du sujet, en observant ses comportements lors de la passation du test : réactions à l'échec : stress, instabilité...etc.

Pour conclure, l'intérêt du choix d'instrument d'étude (WAIS) réside sur une évaluation de l'impact de la pathologie de l'épilepsie sur le fonctionnement cognitif d'une façon générale et plus précisément sur le développement des fonctions cognitives (pensée et logique).

Notre objectif d'utilisation du WAIS ne réside pas que sur une évaluation qualitative (QIT-QIV-QIP), mais aussi sur une évaluation qualitative, car on sera particulièrement attentif aux processus de la pensée ( organisation, planification, jugement, prise de décisions) misent en œuvre par notre cas d'étude face à une tâche ( les situations proposées), et aux performances cognitif ( la capacité de saisir le caractère logique du problème posé, capacité d'abstraction, de généralisation, d'hypothèses, de déductions et d'induction), et les procédures qu'elle utilise ( mémoire de travail, capacité de traitement de l'information, capacités attentionnels...). Celles-ci apportent autant d'informations que de performances quantifiables auxquelles aboutissent; Le "comment" est toujours plus riche de signification que le "combien".

Enfin en analysant quelque subtests qui mettent en œuvre les processus de la pensée, les performances et les capacités cognitives ( subtest: arrangement d'images, cubes, similitudes, et arithmétique), et les autres subtests qui mettent en œuvre d'autres fonctions intellectuelles, qui ont un impact néfaste sur la faculté de pensée ( tels que : la mémoire, représentation mentale, attention, perception, adaptation scolaire et sociale...), nous allons présenter "un profil cognitif" spécifique d'une adolescente épileptique en dégagant les principaux troubles cognitivo-intellectuelles.

**I-3-Evaluation et localisation des potentiels cognitifs du cas****I-3-1 Application de WAIS et ses résultats:**

Pour nous assurer d'un bon ordre de représentation, nous suggérons de regrouper les subtests de l'échelle d'intelligence pour adulte (WAIS-R) selon les facteurs cognitifs essentiels impliqués dans cinq catégories:

1-L'intelligence, pensée et raisonnement: évaluées aux subtests arrangements d'images, cubes, arithmétique, similitude.

2-L'intelligence, adaptation scolaire et sociale : évaluées aux subtests information, vocabulaire, compréhension.

3-L'intelligence, capacités mnésique et d'apprentissage: évaluées aux subtests mémoire immédiate des chiffres, code.

4-L'intelligence et les capacités perceptives: évaluées aux subtests complètement d'images.

5-L'intelligence et le schéma corporel: évaluées aux subtests assemblage d'objets.

**\*Remarque:**

Ce regroupement des subtests en cinq catégories est proposé par le chercheur, en se basant sur les analyses qualitatives présentées par le chercheur, en se basant sur les analyses qualitatives présentées par "Bourges" en 1989, sur les versions révisées des échelles de l'intelligence et sur l'application actuelle de l'échelle d'intelligence dans la psychopathologie de l'enfant et l'adolescent (B.Gibello,G.Masi ,M.Marcheschi...) qui ont dépassés le seul constat d'un déficit intellectuel en proposant un profil cognitif spécifique d'une population clinique.

**A- L'intelligence, pensée et raisonnement :**

On va évaluer les conduites intellectuelle (intelligence, pensée, raisonnement) en analysant l'attitude d'une adolescente épileptique face à une tâche à accomplir (subtest) en mettant en œuvre plusieurs facteurs cognitifs, telque :

-Les stratégies mentales misent en œuvre pour résoudre le problème (organisation, planification, jugement, prise de décision), c'est à dire "les processus de la pensée», mis en exercice.

-Le raisonnement logique (la capacité de saisir le caractère logique du problème posé, capacité d'analyser les processus qui conduisent à la solution, capacité d'abstraction, de généralisation, d'hypothèses, de déduction et d'induction); à ce niveau on s'intéresse aux résultats des processus de la pensée, et donc à la performance développée.

-La mémoire du travail est la capacité du traitement (MT) qui est indissociable de celle des (ressources cognitives); Celle-ci représente (l'énergie mentale mobilisable) par un individu pour l'accomplissement d'une tâche donnée; C'est à dire la capacité de manipuler et de maintenir active les informations et les procédures utiles à la réalisation des tâches cognitives ; Ses dernières sont dépendantes du niveau de développement et des stratégies adoptés.

L'évaluation clinique de ses conduites intellectuelles se fera grâce à quatre subtests : deux de l'échelle verbale et deux de l'échelle de performance : arrangement d'images, cubes, arithmétique, similitudes.

#### **\*Arrangement d'images :**

On a présenté à notre cas d'étude une série d'images dans le désordre, en lui demandant de les arranger dans un ordre tel qu'elles racontent une histoire qui a un sens. Chaque item est limité par un temps précis (60",90",120").

#### **-Les observations et résultats:**

On a présenté le premier item qui est un item démonstratif et explicatif à notre cas d'étude en lui demandant d'arranger les cartes en essayant de dégager le sens de l'histoire, mais elle a échoué n'ayant pas compris peut être ce qui était demandé, ceci a nécessité de notre part l'accomplissement de la tâche en lui expliquant le sens de chaque carte et en construisant leur jonction pour obtenir une histoire logique.

-Mademoiselle "N" a réussi dans le deuxième essai , suivi de l'administration du troisième item qu'elle a réussi dans une durée de temps (14/60"), mais elle a échoué aux autres items, ce qui nécessite l'arrêt du subtest ( arrêt après quatre échecs consécutifs ).

- L'arrêt du subtest a mis mademoiselle "N" dans un état de déception; et de contrainte.
- Pour pouvoir mieux comprendre les modes de résolutions, et les stratégies utilisées dans l'accomplissement de la tâche, on a décidé d'administrer les autres items sans prendre en considération le temps consacré à chaque item, ou on a pu noter quelques observations:
- L'utilisation des stratégies non-opérantes dans l'accomplissement de la tâche : tâtonnement au hasard, en déplaçant les cartes dans tous les sens.
- Une incapacité de dégager le sens logique des cartes.
- Des répétitions de la même opération et une incapacité à modifier les actions non pertinentes pour une élaboration efficace.
- A chaque achèvement d'un item on demande à notre cas d'étude d'évaluer les résultats ou d'y apporter des modifications ou des corrections. Mais elle démontre des incapacités de compréhension dans des solutions d'une élaboration.

**-Analyse des résultats:**

Mademoiselle "N" est incapable de contrôler ses procédures de résolutions en éliminant ou modifiant ses efforts. Ceci atteste, de ses difficultés des élaborations et dans la compréhension de la logique constructive du sens de l'histoire que peuvent raconter les images, et à anticiper des relations entre ces divers images, comme elle semblait incapable d'évaluer les résultats de son travail ou d'adopter si nécessaire des corrections intermédiaires une fois la tâche accomplie.

Ses capacités d'organisation logique, de contrôle, d'autocritique sont inférieures, ce qui a nécessité le surinvestissement d'un raisonnement perceptif (basé sur un support concret).

On ce qui concerne la vitesse de traitement de l'information et l'accomplissement de la tâche, mademoiselle "N" a accompli la tâche d'une façon rapide mais sans apporter un bon raisonnement, et d'autre part elle considéré ces épreuves comme un défi, pendant lesquelles elle miser plus sur notre attention pour nous prouver qu'elle est capable de finir la tache dans un temps inférieur du temps proposé.

**\* Cubes:**

On a présenté à notre cas d'étude neufs figures qu'elle doit reproduire en utilisant des cubes bicolores (blanc/ rouge) dans un temps limité (60",120")

**-Les observations et résultats :**

Au cours de cette épreuve nous avons pu noter quelques observations :

- Facilité de reproduire les cartes premières figures en utilisant quatre cubes bicolores.
- Difficulté à reproduire la figure n°4-5, en utilisant neufs cubes bicolores (hésitations).
- Echec à reproduire les trois dernières figures (7-8-9), en utilisant neufs cubes bicolores ou elle a manifesté beaucoup de difficultés (angoisse, hésitation, persévération, perte de contrôle).

Mademoiselle "N" déclarait: «C'est difficile...ces cubes commence à m'énerver... »

-Les modes d'organisation et la stratégie utilisée pour accomplir la tâche, sont :

\*Reproduction des figures par tâtonnement au hasard (en déplaçant les cubes dans tous les sens), essai-erreur (en commençant par le haut de la figure, puis le centre, et enfin le bas de la figure).

\*Réaction négative aux échecs et perte de contrôle.

- La note obtenue à ce subtest : 26/51.

**-Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" a éprouvé une facilité à reproduire les six premières figures en évoquant le raisonnement perceptif, et en utilisant les stratégies : tâtonnement au hasard, essai-erreur dans un temps inférieur du temps limité (vitesse de traitement de l'information et d'accomplissement de la tâche), mais elle a éprouvé des difficultés à reproduire les trois dernières figures ou la tâche est devenue plus complexe et qui a nécessité d'apporter un bon

raisonnement (réorganisation de stratégies jugées non pertinentes à ce niveau, planification, analyse, représentation mentale de l'image et faire des abstractions), c'est à dire l'utilisation des stratégies nouvelles.

L'incapacité de mademoiselle "N" a modifié ces stratégies et persévération sur les stratégies utilisées pour reproduire les figures précédentes (fixation à des stratégies déjà consolidées), précédemment par l'échec. C'est à dire incapacité de se détacher du support concret et du support perceptif (absence d'élaboration dans le travail de la pensée).

**Tableau (III) Evaluation clinique des processus, performance cognitifs (intelligence, pensée, raisonnement) adoptés par le cas « N » face aux épreuves de performance (arrangement d'images, cube)**

Subtests	Facteurs impliqués	Procédures de résolution adoptées par le cas	Hypothèses interprétatives
Subtest (n° : 04) Arrangement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation et références temporelles</li> <li>- Adaptation spatiale, et à la réalité.</li> <li>- Capacités d'analyse, de synthèse et de raisonnement logique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité de saisir, dégager le sens logique de l'histoire que peuvent raconter les images, et d'anticiper sur la relation entre divers images.</li> <li>- Utilisation excessive de stratégies non pertinente : tâtonnement au hasard.</li> <li>- Non investissement de l'organisation logique par référence au contexte de la situation.</li> <li>- Incapacité d'évaluer les résultats, ou d'y apporter des modifications</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'intelligence opératoire.</li> <li>- Développement insuffisant de la pensée logique et du raisonnement.</li> <li>- Surinvestissement du raisonnement visuo-perceptif, et attachement aux concrets.</li> <li>- Fixation dans l'utilisation des stratégies non pertinente, déjà consolidé, et dépassée par ses pairs (fixation au niveau préopératoire).</li> <li>- capacités du raisonnement méthodique, organisation, planification sont inférieurs</li> </ul>
Subtest (n° : 06) Cube	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation spatio-temporelle</li> <li>- Conceptualisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité de reproduire les figures nécessitant un traitement visuo-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carences des fonctions métacognitives (auto-critique).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstraction</li> <li>- Capacité d'analyse et synthèse</li> </ul>	<p>perceptif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité de reproduire les figures nécessitant les combinaisons abstractives, avec modification des stratégies utilisées pour trouver la bonne solution.</li> <li>- persévération dans l'utilisation des stratégies non pertinentes (tâtonnement au hasard, essai-erreur).</li> </ul>	
--	---	---	--

**\* Arithmétique:**

On a présenté à notre cas d'étude une série de problème (19) à résoudre mentalement en temps limité présenté oralement.

**-Les observations et résultats:**

Cette épreuve est l'une des exercices ou notre cas d'étude a éprouvé de grand difficultés pour accomplir les tâches et ou on a pu noter quelques observations:

- Incapacité de faire des représentations mentales et à résoudre le problème mentalement.
- Incapacité de maintenir actif les données et de les manipuler en choisissant les processus, opérations pertinente dans la résolution du problème.
- Présentation des réponses au hasard.
- La note obtenue à ce subtest: 03/19.

**-Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" semblait être incapable d'encoder correctement les séquences des énoncés, c'est à dire incapacité d'organiser les données dans le temps par la mise en jeu des processus séquentiels, comme elle paraît incapable de manipuler et de maintenir active les informations et les procédures utiles à la réalisation de la tâche cognitive.

L'échec à cette épreuve peut être lié d'une part au niveau de développement (non acquisition du raisonnement logico-mathématique), et d'autre part par les stratégies adoptés, utilisés (incapacité d'utiliser les connaissances en arithmétique du niveau de l'école primaire), ce qui signifie non investissement scolaire du à une carence scolaire, échecs scolaires.

De plus nous savons que pour résoudre un problème arithmétique, le sujet doit récupérer en mémoire les données arithmétiques (cette mémoire est déficitaire chez l'épileptique), et les stratégies nécessaire (non pertinente et non efficace chez l'épileptique) à leur mise en œuvre.

C'est le rôle central de la mémoire de travail (qui est déficitaire chez l'épileptique, c'est à dire une énergie mentale non suffisante). Ce qui explique son déficit et son incapacité à résoudre le problème.

**\* Similitudes :**

On a présenté à notre cas d'étude une série de pair de mots, qu'elle doit à chaque paire expliquer la similitude entre les objets ou les concepts proposés.

**-Les observations et résultats :**

-Lenteur d'élaboration de la pensée et retard à donner des réponses.

-Les tentatives à faire des efforts pour situer les objets et les concepts dans une catégorie générale sont vouées à l'échec.

-Hésitation et lenteur a donné des réponses.

-La plupart des réponses semblent très ancrés au réel (incapacité de se détacher du concret, et souplesse dans leur regroupement suivant des usages fonctionnels).

-Difficultés à exprimer verbalement ses idées en choisissant le bon concept (utilisation de la langue dialectal).

-La note obtenu à ce subtest est de:08/28.

**-Analyse des résultats:**

Mademoiselle "N" est incapable à s'abstraire du niveau perceptif pour atteindre un niveau de généralité, offrant des systèmes d'appartenance ( réponses du niveau perceptif, concret qui font référence aux usages fonctionnels des objets), et incapacité de se concentrer sur l'essentiel en faisant abstraction des détails, ce qui dévoile des incapacités d'analyse, et de synthèse.

En analysant l'attitude adoptée face à cette épreuve, les stratégies, ainsi les processus et les compétences cognitives adoptés par mademoiselle "N" pour résoudre la tâche cognitive (subtest), nous a permis d'évaluer un absence de souplesse dans la réponse qui reste ancrée et trop attachée au réel, exprimé par une incapacité de se détacher du concret, à situer le réel dans un ensemble de transformations possibles (à penser le possible et à raisonner abstraitement); Ce qui implique l'utilisation de stratégie déjà consolidé et dépassé plutôt que des stratégies nouvelles.

Pour conclure, mademoiselle "N" a éprouvé une facilité à regrouper les mots concrets (mots associés à une image mentale concrète, exemple: voiture-bateau..) selon leur usages fonctionnels, et incapacité de regrouper les mots abstraits (sans image mentale, exemple poème -statue), qui nécessitent plus d'efforts d'abstraction et d'analyse.

**Tableau (IV) Evaluation clinique des processus, performance cognitifs (intelligence, pensée, raisonnement) adoptés par le cas « N » face aux épreuves verbale (arithmétique similitude)**

Subtests	Facteurs impliqués	Procédures de résolution adoptées par le cas	Hypothèses interprétatives
Subtest (n° : 07) arithmétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentation mentale, et symbolique</li> <li>- Investissement de la scolarité.</li> <li>- Raisonnement logico mathématique, mécanismes opératoire et procédures d'abstraction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In capacité de représenter mentalement le problème posé, et de le résoudre (calcul mental).</li> <li>- Incapacité de retenir et maintenir actif les informations, en choisissant d'efficaces opérations mathématique.</li> <li>- Incapacité d'établir des cohérences entre les différents éléments pour prendre une décision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non acquisition du raisonnement logicomathématique, et mécanismes opératoires de la pensée.</li> <li>- les capacités de traitement des informations et mémoire de travail sont inférieures.</li> <li>- Non investissement de la scolarité</li> </ul>

<p>Subtest (n° : 11) Similitudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstraction</li> <li>- Conceptualisation, verbalisation (pensée conceptuelle)</li> <li>- Référence, référenciations catégorie.</li> <li>- Raisonnement logique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- présentation des réponses de niveau concret qui font référence aux qualités physiques des objets</li> <li>- Classement des paires démos dans des catégories sellant les délais (matière de construction, usage, fonctionnel)</li> <li>- Incapacité de se concentrer sur l'essentiel en faisant abstraction des détails</li> <li>- Incapacité de se détacher du concret et à situer le réel dans un ensemble de transformation possible(à penser le possible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non acquisition de la pensée abstraite, formelle, logique.</li> <li>- attachement aux détails et raisonnement concret.</li> <li>- Lenteur d'élaboration de la pensée conceptuelle et pauvreté verbale lexicale.</li> </ul>
--	--	--	---

**\*Discussion:**

En analysant et comparant les résultats de l'échelle verbale (subtest similitudes, arithmétique ) et de l'échelle de performance ( subtest arrangement d'images, cubes), ceci nous a permis de dégager les spécificité du fonctionnement cognitif d'une adolescente épileptique en dévoilant les opérations mentales mises en œuvre pour résoudre les problèmes par l'utilisation des processus et des performances cognitives telque le raisonnement logique, les capacités d'analyse, d'abstraction ), ainsi que les capacités de traitement de l'information ( mémoire de travail).

En ce qui concerne les spécificités des processus de la pensée mise en œuvre pour résoudre les problèmes ont été jugées comme non pertinentes et non efficaces au cours de l'accomplissement de la tâche (subtest cubes, arrangement d'images); Les procédures adoptées sont: tâtonnement au hasard, essai-erreur.

D'après Pierre Margada: " les stratégies par essai-erreurs sembleraient plus caractéristiques d'organisme peu évolués et jeune..." <sup>6</sup>: comme c'est le cas pour notre malade ; Alors le cerveau est entravé dans son développement par l'épilepsie et s'emble incapable d'organiser peu à peu ses procédures de résolutions et ne procède que par des tentatives (tâtonnement au hasard, essai-erreur) pour résoudre le problème.

Deplus d'après certains auteurs la répétition de cette démarche (stratégies) conduit peu à peu à l'élimination de sous stratégies non pertinentes et à l'élaboration d'une démarche nouvelle. Alors pour trouver la bonne solution le sujet doit arrêter ses manipulations et commencer à réfléchir par une sorte "de tâtonnement de la pensée" (Claparède, Piaget) qui fait intervenir divers modes d'organisations : tâtonnement au hasard, essai-erreur, l'image directrice, les schémas abstraits, nécessitant les capacités d'autocritique, jugement et prise de décision, peu évoluées chez notre cas d'étude.

---

<sup>6</sup> Pierre Margada: *manuel de psychologie (introduction à la psychologie Scientifique)*, P243

En ce qui concerne les performances cognitives (raisonnement logique, abstraction, généralisation), notre cas d'étude semble incapable de saisir le caractère logique du problème posé (observé aux subtests similitudes, arrangement d'images). Henle 1962 relève les principales erreurs suivantes dans le raisonnement logique de jeunes adultes ; incapacité de saisir le caractère logique du problème posé (le sujet répond "à côté"), comme elle semblait incapable d'analyser les processus qui conduisent à la solution (observé au subtest cubes, arithmétique), et incapable de s'abstraire du concret et de classer les objets selon un caractère généralisable (observé au subtest similitude). D'une part quand il s'agit de mettre en œuvre un raisonnement de type abstrait sur un contexte concret (subtest arrangement d'images, cubes), il reste fixé sur des stratégies déjà consolidées et dépassées (tâtonnement au hasard, essai-erreur), car elle ne parvient pas à chercher et à trouver la bonne solution en analysant et modifiant les processus qui conduisent à la bonne solution, sa pensée reste bloquée sur le concret, c'est à dire elle est incapable de se détacher du concret et de situer le réel dans un ensemble de transformations possibles (à penser le possible et à raisonner abstraitement), et d'autre part elle éprouve de grandes difficultés quand il s'agit de mettre en œuvre le raisonnement logique sur un plan abstrait, elle est incapable d'analyser mentalement les différents éléments, et de distinguer entre ceux qui proviennent de la situation et ceux qui sont inférés, contenues en mémoire (observé au subtest arithmétique).

Ce non investissement du raisonnement logique pour résoudre le problème est causé par un développement insuffisant des fonctions cognitives (des performances cognitives), c'est à dire non acquisition de la pensée logique, formelle, abstraite, et de raisonnement logico-mathématique ce qui met notre cas d'étude dans un état de perte de contrôle et d'hésitation, refusant la situation d'échec, elle reste fixée sur un surinvestissement du raisonnement concret (non nouveauté de stratégies), offrant à l'adhésivité cognitive un attachement excessif non opératoire.

Et enfin en ce qui concerne la capacité de traitement de l'information, notre cas d'étude est incapable de maintenir actives les informations et les procédures utiles à la réalisation d'une tâche cognitive nouvelle demandée.

**B- L'intelligence, adaptation scolaire et sociale :**

Nous allons analyser la capacité d'adaptation scolaire et sociale, c'est à dire la capacité d'adaptation pratique, d'intégration de l'éducation parentale et des connaissances scolaire qui constituent un bagage culturel chez notre cas d'étude en analysant son discours et ses attitudes, car cette capacité d'adaptation se réfère aussi bien aux interactions sociales qui se développent à différentes périodes de la vie, qu'aux comportement en société et aux représentations individuelles des normes collectifs.

Deplus cette adaptation sociale est marquée par les travaux de Piaget sur l'égocentrisme et le processus de décentration .L'objectif est d'analyser comment l'enfant devient capable de comprendre le rôle d'autrui, c'est à dire comment il considère que l'autre voit, pense, et agit. Cette perception de l'autre et l'ouverture vers le monde extérieur est le facteur central, qui est évalué par les épreuves choisis : subtest : information, vocabulaire, compréhension.

**\* Information :**

On a présenté à notre cas d'étude une série de questions (29) oralement, qui évaluent la connaissance de faits ou d'objets ordinaire, d'endroits ou de gens connus.

**-Les observations et résultats :**

-En suivant les consignes du test, on a commencé par le 5 ème et 6 ème item, ou notre cas d'étude a échoué, ce qui a nécessité d'administrer les items 1 à 4 avant de suivre.

-Arrêt du subtest après 5 échecs consécutifs, à partir de la 15ème question...

-Lenteur ou retard d'élaboration des idées traduit par un retard de donner des réponses.

-Difficultés à faire appel à des connaissances simple, acquises, et inféré en mémoire (" N" déclare : je connais ce personnage, maie je n'arrive pas à me souvenir).

-L'élaboration de plusieurs tentatives en donnant plusieurs réponses d'une façon hasardeuse et subjective (Victor Hugo: savant...écrivain...poète...européen...), et qui sont vouées par l'échec.

-Attitude d'angoisse, stress, et d'instabilité (tremblement de pieds).

-Ce subtest est considéré comme étant difficile, pesant, et ennuyeux par notre cas d'étude.

- La note obtenue à ce subtest : 08/29.

**-Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" semblait être dans un état de stress et d'instabilité expliqué d'une part par le sentiment d'être en situation d'examen pour faire évaluer ses compétences cognitives ( niveau culturel et intellectuel), et d'autre part par " le sentiment de vide " , c'est à dire incapacité de récupérer les connaissances inférées en mémoire à long-terme, comme elle semblait être non intéressé par ce qui se passe au monde, ce qui justifie son désinvestissement du monde social et scolaire ( inadaptation sociale) en négligeant les connaissances les plus simples (ex: à quelle date célèbre ton la fête du travail ?), et de s'enfermer dans un monde subjectif centré sur elle et sa maladie.

Ce subtest est très sensible aux influences du milieu socioculturelle, alors nous jugeons comme nécessaire de rappeler que mademoiselle "N" demeure dans un milieu socioculturel favorisant (famille cultivée, disponibilités des moyens éducatifs : ordinateur, internet,...).

**-Remarque:**

Pour assurer la continuité du test on a essayé de motiver notre cas d'étude en l'encourageant, réconfortant, et en déclarant que plusieurs personnes semblaient être incapable de répondre à toute les questions et que les subtests suivant seront plus intéressants.

**\* Vocabulaire :**

On a présenté à notre cas d'étude une série de mots, présentés oralement et visuellement qu'elle doit définir de manière orale.

**-Les observations et résultats:**

-En suivant les consignes du test, on a commencé par le 4<sup>ème</sup> item, ou notre cas d'étude a échoué, ce qui a nécessité d'administrer les items précédent (1 à 3) avant de suivre.

-Lenteur ou retard d'élaboration des idées (pensée conceptuelle) traduit par un retard de donner des réponses.

-Incapacité d'acquérir des connaissances et leur étendue générale.

-Difficultés d'investissement de la langue maternelle compensé par le surinvestissement de la langue dialectal.

-Le caractère de la verbalisation est révélateur, on trouve par exemple : le surinvestissement de la subjectivité (expliquer les mots par rapport à son point de vue et ses expériences personnelles); sens opposés (explication des mots par leurs sens opposés, incohérences (explication des mots par des mots qui ont aucune relation), pauvreté verbale et lexicale.

-La note obtenue à ce subtest : 14/70.

**-Analyse des résultats :**

Le fait de devoir définir les mots nous renseigne sur les capacités de verbalisation et la qualité des processus de la pensée chez notre cas d'étude, qui a éprouvé de grands difficultés pour définir les mots, ce qui signifie l'incapacité de passer d'une position d'apprentissage passive ( simple assimilation des informations) à une position d'apprentissage active ( analyse des données, faire des synthèses : être capable de faire la distinction entre plusieurs sens d'un mot selon le sens de la phrase...), ce qui justifie sa pensée subjective ( égocentrique), c'est à dire d'expliquer les mots selon son point de vue et ses expériences personnelles.

L'échec à cette épreuve est lié d'une part à la fragilité des acquis culturels ou langagiers et des difficultés dans le maniement de la langue maternelle, ce qui en fait est très influencé par son inadaptation scolaire et sociale malgré qu'elle vit dans un contexte socioculturel favorable, et d'autre part aux difficultés d'apprentissage.

Du point de vue clinique (selon Bourges) concernant les adolescents qui présentent des troubles de caractères et du comportement (y compris notre cas d'étude), ces faibles performances au vocabulaire sont liées à des difficultés relationnelle " mère-enfant ", qui sont souvent à l'origine d'un mauvais investissement de la langue maternelle.

**\* Compréhension :**

On a présenté à notre cas d'étude une série de questions (16), oralement, en lui demandant de résoudre des problèmes de la vie quotidienne ou de comprendre des règles ou des concepts relatifs à la vie sociale.

**-Les observations et résultats :**

-Lenteur d'élaboration des idées et retard de donner des réponses.

-Difficultés d'exprimer sa pensée par des phrases simple, complète, et cohérente.

-Le caractère de son discours est révélateur, on a pu noter : expression de ses idées par un mot, phrases discontinues, pauvreté lexicale, difficulté dans le maniement de la langue maternelle...

-La note obtenue à ce subtest : 15/32

**-Remarque :**

A cette épreuve notre cas d'étude a éprouvé quelques difficultés à exprimer ses idées verbalement (inhibition de la pensée), ce qui nous a poussés à l'encourager d'avantage d'enrichir ses réponses, ce qui justifie l'apparition de plusieurs réponses dans la feuille de cotation.

**-Analyse des résultats :**

Cette épreuve a pour objectif d'explorer les connaissances des normes sociales, elle met donc en scène des contenus extrêmement normatifs a forte tonalité surmoïque ;Il parait clairement que la façon dont mademoiselle "N" comprend les questions posées ( difficulté de comprendre

quelques questions et à se repéré l'intérêt des scènes), et les associations qu'elle est amenée à faire sont directement liées à sa personnalité qui éprouve des difficultés à s'intégrer dans les normes parentales et sociales et des valeurs de groupe.

Le contenu de réponses sont souvent immature, non clair. L'échec au subtest est lié à des difficultés d'adaptation sociale, d'intégration de l'éducation parentale et des normes sociales, des valeurs du groupe, personnalité immature.

**- Remarque :**

Il faut se garder de considérer que les résultats à ce subtest reflètent l'adaptation sociale, comprendre la situation présentée à chaque item ne signifie pas d'y adhérer.

La comparaison des résultats avec ceux d'arrangement d'images permet de nuancer l'analyse de l'adaptation sociale; En effet l'échec à ces deux subtest confirme notre hypothèse que mademoiselle "N" éprouve des difficultés à s'adapter au milieu social.

Ace niveau d'analyse nous précisons que les faibles performances au subtest " arrangement d'images " est beaucoup plus inférieures que les faibles performances au subtest " compréhension ", qui peut être expliqué par l'association de difficultés d'adaptation sociale et de mettre en œuvre le raisonnement logique qui est le facteur essentiel à ce subtest (arrangement d'images)

**\*Discussion :**

L'analyse qualitative des résultats nous a permis de dégager le niveau d'adaptation scolaire et sociale, et les modalités de la pensée de notre cas d'étude.

Mademoiselle "N" souffre de difficulté de s'adapter au milieu social, explorée surtout au subtest " compréhension " ou elle a éprouvé quelques difficultés à se représenter une scène ou situations conflictuelles de la vie quotidienne qu'elle doit résoudre objectivement, ses réponses sont subjectives, sa pensée est immature et égocentrique ( elle manque de sociabilité) que l'on peut expliquer par l'échec du rôle du mécanisme de "décentration" qui permet à la pensée de s'ouvrir vers le monde extérieur et d'acquérir la réversibilité logique. Comme le précise justement M. Clément sur le comportement égocentrique des jeunes adolescents: " Ils sont incapables de juger d'un problème moral en se plaçant à un point de vue autre que personnel "; L'autre est considéré comme un obstacle

**Tableau (V) Evaluation clinique des capacités adaptatives, sociale et scolaire adoptés par le cas « N » face aux épreuves verbale (information, vocabulaire, compréhension).**

Subtests	Facteurs impliqués	Procédures de résolution adoptées par le cas	Hypothèses interprétatives
Subtest (n° : 01) information	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition des connaissances générale.</li> <li>- Adaptation sociale, scolaire.</li> <li>- Aisance verbale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité à récupérer les informations stockées en mémoire long-terme.</li> <li>- Lenteur d'élaboration des idées, retard de fournir des réponses.</li> <li>- Elaboration de plusieurs tentatives, présentatives, présentation de plusieurs réponses de façon hasardeuse et subjective.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non adaptation sociale et non ouverture vers le monde.</li> <li>- Non adaptation scolaire et non investissement de la scolarité.</li> <li>- Pauvreté verbale et lexicale et difficulté dans le maniement de la langue maternelle.</li> <li>- Pensée égocentrique (réponses subjectives).</li> <li>- pensée discontinue (inhibition dans le cours de la pensée traduite par des réponses discontinues incomplètes).</li> <li>- Non acquisition de la pensée conceptuelle (les capacités d'analyse, de synthèse, de traitement mentale)</li> </ul>

			<p>son inférieures).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personnalité immature et non implication personnelle.</li> <li>-Difficultés d'apprentissage.</li> </ul>
Subtest (n°05) vocabulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conceptualisation, verbalisation.</li> <li>-Compréhension du langage.</li> <li>-Adaptation scolaire en rapport à la langue maternelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-lenteur d'élaboration des idées, et retard à fournir des réponses.</li> <li>-difficulté de définir les mots en utilisant la langue maternelle, et l'utilisation excessive de la langue dialectale.</li> <li>-l'élaboration de réponses se caractérise : définir le mot subjectivement, donner son opposé.</li> </ul>	
Subtest (n°09) compréhension	<ul style="list-style-type: none"> <li>-adaptation sociale.</li> <li>-sociabilité.</li> <li>-les capacités d'adaptation pratique.</li> <li>-intégration des valeurs de groupe.</li> <li>-expression verbale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-lenteur d'élaboration des idées, et retard à fournir des réponses.</li> <li>-pauvreté lexicale et difficultés de verbalisation (phrases pauvres, incomplètes, discontinues...).</li> <li>-le contenu de réponses présenté est : subjectif, immature, non clair.</li> </ul>	

**C- L'intelligence, capacités mnésiques et d'apprentissages :**

Nous allons analyser les capacités mnésiques (encodage, stockage, et récupération), et les capacités d'apprentissages (capacité de passer d'un apprentissage passif, simple accumulation des informations à un apprentissage actif, récupérations et modifications des informations), qui sont deux capacités très importantes dans le développement cognitif et qui sont évaluées par les subtests : mémoire immédiate des chiffres, code.

**\*Mémoire immédiate des chiffres :**

On a présenté à notre cas d'étude deux séries de chiffres, la première en ordre direct et la deuxième en ordre inverse, qui sont administrées séparément, en lui demandant de répéter les chiffres présentés oralement.

**- Les observations et résultats :**

- Facilité à récupérer deux, trois ou quatre chiffres.
- Difficultés à récupérer et répéter plusieurs chiffres après l'examineur (plus de quatre chiffres)
- Incapacité de récupérer et répéter les chiffres présentés en ordre inverse.
- Répétition des chiffres d'une façon désordonnée.
- La note obtenue à ce subtest : 08/28

**- Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" a échoué à ce subtest qu'on peut l'expliquer par l'incapacité de récupérer des chiffres d'une façon ordonnée surtout dans l'ordre inverse, cela nécessite un effort mental et une représentation mentale qui est défaillante chez notre cas d'étude, ce déficit de la mémoire peut être la conséquence de manque d'attention et de concentration entravés dans

leurs fonctionnement par l'épilepsie d'une façon générale et plus précisément le traitement antiépileptique.

**E- Code :**

On a présenté à notre cas d'étude une série de chiffres associés chacun à un symbole simple, en utilisant une clé, elle doit remplir la feuille en faisant correspondre les symboles avec les chiffres.

**- Les observations et les résultats :**

-Difficultés a représenté mentalement le symbole en l'accordant avec le chiffre qui lui correspond.

- Tendance à surinvestir le support perceptif (visuelle) pour remplir la feuille plutôt que l'investissement des capacités mnésiques.

-Difficultés d'organiser ses gestes en faisant appel qu'à la représentation mentale.

- Attitude de stress, d'hésitation, et surtout perte de contrôle.

- La note obtenue à ce subtest : 37/93.

**-Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" a échoué à ce subtest, ce qui signifie un non investissement de la scolarité, difficultés d'apprentissage et limitation des capacités mnésiques, manifesté par des difficultés à représenter mentalement le symbole en l'accordant avec le chiffre qui lui correspond et enfin en organisant ses gestes pour remplir la feuille et à avoir tendances à chercher le symbole visuellement (surinvestissement des capacités perceptives), c'est à dire que mademoiselle "N" est incapable de se détacher du support visuelle (la clé des symboles) , et à mettre en œuvre les capacités mnésiques et d'apprentissage qui sont défailantes.

**\* Discussion:**

L'analyse qualitative des résultats des deux subtests nous a permis de dégager les difficultés mnésiques et d'apprentissage chez notre cas d'étude. Cette dernière souffre de difficulté de maintenir temporairement des informations (les chiffres, ou symboles) pour les récupérer d'une façon correcte, ce qui signifie que ses capacités mnésiques sont défaillantes et diminuent par les crises d'épilepsie et le traitement antiépileptique. Ces capacités mnésiques déficitaires entravent les capacités d'apprentissage (incapacité de passer d'un apprentissage passif à un apprentissage actif : récupération et modifications des informations).

Cette difficultés d'apprentissage sont liées d'une part aux facteurs cognitifs( déficit des fonctions cognitives : la mémoire, l'attention...), et d'autre part aux facteurs conatifs ( manque de motivation, baisse estime de soi ), puisque l'adolescent cherche dans l'apprentissage la satisfaction dans la pratique de l'activité elle-même, orienté par la recherche de la réussite ( sentiment d'auto-efficacité), par contre chez l'épileptique y compris notre cas d'étude les échecs sont consécutifs dans la pratique de l'activité, ce qui ne fait qu'aggraver son sentiment de baisse d'estime de soi et le sentiment d'auto-non efficacité. Ce double sentiment d'incompétence et de crainte engendre la " résignation apprise" ou a-motivation qui est un état psychologique qui survient lorsque l'individu ne perçoit plus de solution pour améliorer ses résultats (évalué chez notre cas d'étude aux subtests de WAIS-R).

**Tableau (VI) Evaluation clinique des capacités mnésique et d'apprentissage adoptées par le cas « N » face aux épreuves (mémoire immédiate des chiffres, code).**

Subtests	Facteurs impliqués	Procédures de résolution adoptées par le cas	Hypothèses interprétatives
Subtest (n° : 03) Mémoire immédiate des chiffres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentation mentale</li> <li>- Mémoire.</li> <li>- Concentration</li> <li>- Attention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilité à récupérer deux, trois, à quatre chiffres.</li> <li>- Difficulté à récupérer plusieurs chiffres.</li> <li>- Difficulté à récupérer les chiffres en ordre inverse.</li> <li>- Récupération désordonnée des chiffres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble de la mémoire et limitation des capacités mnésiques.</li> <li>- Déficit dans la représentation mentale.</li> </ul>
Subtest (n° : 10) Code	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentation mentale</li> <li>- Capacité d'apprentissage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté de représenté mentalement le symbole en l'accordant avec le chiffre qui lui correspond.</li> <li>- Difficulté d'organiser ses gestes eus faisant appel aux représentations mentales (besoin d'un support visuel).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité de récupération les informations d'une façon ordonnée.</li> <li>- Difficultés d'apprentissage</li> </ul>

**D- L'intelligence et les capacités perceptives :**

Nous allons analyser les capacités perceptives de notre cas d'étude, c'est à dire les capacités de distinguer le détail (élément) essentiel du superflu (perception fine), la capacité de se représenter l'objet dans sa totalité et attention au détail, et la capacité d'adaptation et attachement à la réalité. Ces capacités perceptifs sont évaluées au subtest : complètement d'images.

**\*Complètement d'images :**

On a présenté à notre cas d'étude une série d'images (30) dans lesquelles il manque quelque chose d'important en lui demandant de nous indiquer l'élément essentiel.

**-Les observations et résultats:**

-Difficultés à sélectionner le détail manquant le plus essentiel, traduite par la présentation de plusieurs réponses. (Attachement aux détails)

-Incapacité d'indiquer le détail manquant (item9, 14,20) qui comportent plusieurs éléments nécessitant l'analyse de l'ensemble de l'image visuellement et d'apporter plus de concentration, d'attention; Exprimé par un état d'anxiété, d'hésitation et de perte de contrôle.

- La note obtenue à ce subtest : 10/20.

**-Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" a moyennement réussi à ce subtest, ce qui signifie avoir une bonne capacité perceptive, reconnaissance visuel, d'identification de formes et d'objets familiers ;mais quand il s'agit de mettre en œuvre les capacités perceptives fines, elle éprouve de grand difficultés à distinguer l'élément essentiel des éléments superflus, ce qui peut être expliqué d'une part par son attachement aux détails, attachement aux concrets , et d'autre part par l'incapacité d'analyser l'ensemble de l'image qui comporte plusieurs détails et par le manque de concentration.

**Tableau (VII) Evaluation clinique des capacités perceptives adoptées par le cas face aux épreuves (Complètement d'image)**

Subtests	Facteurs impliqués	Procédures de résolution adoptées par le cas	Hypothèses interprétatives
Subtest (n° : 02) Complètement d'images	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les capacités perceptives fines</li> <li>- Reconnaissances visuelle.</li> <li>- Identification de formes et d'objets familiers.</li> <li>- Adaptation et attachement à la réalité.</li> <li>- Conceptualisation attention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité d'indiquer l'élément essentiel manquant des images qui contiennent plusieurs éléments.</li> <li>- Présentation de plusieurs réponses (attachement aux détails).</li> <li>- Hésitation et perte de contrôle.</li> <li>- Motivation et implication personnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité de distinguer l'essentiel du superflu.</li> <li>- Attachement aux concrets et aux détails.</li> <li>- Les capacités perceptives fines sont inférieures.</li> <li>- manque de concentration.</li> </ul>

**E- L'intelligence et le schéma corporel :**

Notre choix s'est porté sur le subtest d'assemblage d'objets qui va nous aider à analyser trois types de facteurs :

-Des facteurs cognitifs et instrumentaux, tels que l'adaptation à la réalité, la structuration spatiale et la réalisation motrice liée à la tâche.

-Un facteur narcissique impliquant le schéma corporel, représentation de soi et plus généralement la représentation que se fait le sujet concernant ses capacités à résoudre ce type de tâche.

- Un facteur affectif engageant les aspects fantasmatiques sous l'effet d'un mouvement identificatoire et projectif impliquant l'acquisition de l'image du corps.

**\* Assemblage d'objets :**

On a présenté à notre cas d'étude un ensemble de puzzle représentant des objets communs dont les pièces sont représentées d'une façon précise et qu'elle doit mêler pour obtenir une forme cohérente.

**- Les observations et résultats :**

-Reconstitutions des pièces du puzzle d'une façon désordonnée et rapide (elle commencée par le haut "visage/ corps" puis par le bas, puis revenir sur le haut).

-Quelques difficultés (hésitations) à distinguer le bras gauche du droit et la même chose pour les jambes.

-Hésitation à placer les pièces (détails) pour reconstruire l'ensemble du visage.

-Ce qui a été étonnant, c'est qu'elle a exprimé un état de stress en cherchant une image concrète pour reconstruire l'ensemble du visage, alors elle a regardé de temps en temps l'examinatrice.

-Difficultés a reconstitué les pièces du puzzle qui représente l'éléphant (stress; hésitations, angoisse, et perte de contrôle), puisqu'elle a éprouvé une grande difficulté à reconnaître l'objet qu'elle doit reconstituer. Alors on a aidé notre cas d'étude en déclarant que c'est un éléphant, alors elle s'est mise aussitôt à accomplir la tâche en éprouvant toujours des difficultés en cherchant le tronc qui manque.

-Hésitations et persévération dans l'accomplissement de la tâche (plusieurs tentatives)

-La note obtenue : 27/41.

**- Analyse des résultats :**

Mademoiselle "N" a réussi au subtest malgré qu'elle a éprouvé quelques difficultés d'une part a organisé ses procédures pour reconstitué l'ensemble du puzzle d'une façon ordonné ( ces capacités d'organisation, planification, contrôle sont inférieure), et d'autre part a reconstitué les pièces du puzzle (éléphant) ou il manque une pièce, ce qui la mit dans un état de stress et de perte de contrôle, ce qui explique son attachement au détails (observé dans le subtest complètement d'images).

Deplus on a pu remarquer son non investissement de son corps (image du corps) et le besoin de chercher une image concrète pour reconstituer l'ensemble du puzzle, qu'on peut expliquer d'une part par avoir une image du corps dévalorisé et d'autre part par l'attachement au concret et le besoin d'un support perceptif pour reconstituer le puzzle.

Cliniquement on peut expliquer ses efforts particuliers par une tentative d'intégrer les choses en un tout pour éviter l'angoisse du manque, de castration, ou pour mieux contrôler son environnement; et sa difficulté de distinguer la gauche de la droite par être une gauchère contrariée.

**Tableau (VIII) Evaluation clinique des capacités de représentation mentale de l'image du corps, schéma corporel adoptées par le cas face aux épreuves (assemblage d'objets).**

Subtests	Facteurs impliqués	Procédures de résolution adoptées par le cas	Hypothèses interprétatives
Subtest (n° : 08) Assemblage d'objets	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Image du corps.</li> <li>- Adaptation à la réalisation.</li> <li>- Structuration spatiale.</li> <li>- Expression matrice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstruction des pièces des puzzles d'une façon hasardeuse, désorganisé.</li> <li>- Incapacité de reconstitue les pièces du puzzle, ou il y a une pièce qui manque.</li> <li>- Hésitation et persévération dans l'utilisation de stratégies non pertinente.</li> <li>- Besoin d'un support concret, et reconstituions des pièces du puzzle (image concrète : l'examinatrice).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investissement du support perceptif (image concrète) et attachement aux détails.</li> <li>- Non investissement de sa propre image du corps (dévalorisation).</li> <li>- Les capacités d'organisation, planification, contrôle sont inférieures.</li> <li>- Trouble de latéralisation (le cas est une gauchère contrarié).</li> </ul>

---

**Chapitre II : " Instrumentalisation et délimitation des troubles "****II-1 les mécanismes de la pensée chez une jeune épileptique :**

En analysant le résultat du WAIS et en se basant sur les théories cognitives (théorie structuraliste de Jean Piaget, théorie néo-structuraliste de Juan. Pascual. Léone), nous sommes parvenues à classer notre cas d'étude (adolescente épileptique), parmi le premier groupe de « troubles cognitifs-intellectuels » proposé par B. Gibello (1991)<sup>7</sup>, qui souffre des troubles en rapport aux performances et aux compétences de l'intelligence.

Il s'agit d'une déficience mentale légère spécifiée par un retard global du développement de la cognition (développement insuffisant des fonctions cognitives) plus précisément retard du développement du raisonnement logique et carence des fonctions métacognitives. Les épreuves de Wechsler permettent de constater un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70 et qui peut être freiné par d'autres facteurs psychopathologiques (trouble de la personnalité et désordre relationnel).

En se référant à la théorie structuraliste de Jean Piaget, et en analysant les stratégies, les processus, les modalités de la pensée utilisées par notre cas d'étude nous supposons que le niveau de l'organisation de la pensée ne dépasse pas la structure opératoire concrète (fixation au niveau préparatoire), c'est-à-dire que sa pensée reste bloquée sur le réel et ne parvient pas à se détacher du concret (support perceptif).

Selon Piaget les stades du développement intellectuel se succèdent toujours de la même façon indépendamment du rythme de développement, un stade (A) pourra donc durer plus ou moins longtemps en fonction du rythme du développement individuel et vraisemblablement en fonction de l'environnement social et physique du sujet, mais il précède toujours le stade(B) et succède toujours au stade(C). Ce rythme du développement chez notre cas d'étude est beaucoup plus lent qu'un enfant ou adolescent normal ou même pathologique qui éprouve quelque difficulté dans son développement.

---

<sup>7</sup> Gibello. B : *les dysharmonies cognitive pathologies chez les enfants et adolescents présentant des « troubles des conduites »*, Chapitre X de l'expertise de l'ISERM, déficit neuro- cognitifs, p12

Chez l'épileptique adolescente l'épilepsie a entravé et freiné son développement intellectuel (l'apparition des crises à l'âge de 08 ans : stade préopératoire) ; ce freinage du développement traduit un retard du développement (retard ou arrêt du développement) dans le stade des opérations concrètes (2 ans à 11-12 ans), et même une fixation dans un mode de raisonnement déjà dépassé par leur pairs (raisonnement concret : pensée figurative).

Ce décalage, voir freinage, ou retard du développement cognitif avec ses défaillances chez les épileptiques se diffère d'un cas à un autre selon les facteurs d'ordre biologique (Age de l'apparition de la pathologie de l'épilepsie, sa durée, type de crise et type de l'épilepsie), et d'autres facteurs psychologiques et sociologiques.

Ce développement insuffisant des capacités du raisonnement du stade C : pensée formelle, logique, met notre cas d'étude dans un état de stress et d'hésitation face à la tâche cognitive, ou elle trouve comme solution régulatrice l'utilisation des stratégies du raisonnement déjà consolidé et dépassé par leurs pairs (fixation ou raisonnement concret ou simple raisonnement Visio-perceptif et attachement au support concret).

De plus, selon Piaget l'acquisition des structures logiques, pensée formelle se définit par l'emploi d'une méthode hypothético-déductive. Elle marque un progrès au plan de la conceptualisation et de l'abstraction par rapport à la pensée opératoire concrète ; l'usage du niveau de la combinatoire permet de fixer la présence des procédures cognitives. Cette capacité de raisonner permet de se dispenser du recours du support des objets concrets et de leur manipulations : ce qui révélé la capacité du sujet à s'adapter à son environnement en modifiant son fonctionnement étape par étape, ce qui signifie qu'il y'a « une adaptation » entre l'organisation et le milieu, et qui renvoie aux modifications de schèmes d'action pour assurer l'équilibre entre le monde intérieur et extérieur. Piaget définit l'adaptation intellectuelle (mentale) comme une « mise en équilibre progressive entre un mécanisme assimilateur et une accommodation complémentaire ». ce processus d'adaptation est défaillant chez l'épileptique adolescente, c'est une inadaptation intellectuelle, qui est caractérisé par un état de déséquilibre entre le mécanisme assimilateur et l'accommodation, ou cette dernière est diminuée au maximum .Ce qui explique ses difficultés à résoudre des problèmes, exprimé pas des attitudes d'hésitation, de perte de contrôle, et de déséquilibre. Alors ses expériences sont simplement assimilées et accumulés sans être transformés, ou modifiés en schèmes d'action plus complexe (limitation des schèmes d'action), Ce qui explique ses tendances à utiliser les

mêmes procédures (répétition des mêmes schèmes d'action), ainsi les procédures déjà consolidé et dépassé pour résoudre le problème.

Comme la bien formalisé « Grérard.Gréppo » dans ses travaux :

« Ces jeunes sont enfermés dans la reproduction des conduites identique et ne peuvent utiliser comme compensation régulatrice que l'annulation de la perturbation, ce qui entrave l'émergence d'innovation procédurale »<sup>8</sup>.

« Il s'agit en partie d'un enfermement dans le processus d'assimilation du réel au moi, utilisant systématiquement des compensations tendant à écarter ou ignorer les éléments déstabilisateurs »<sup>9</sup>. En conséquence, l'accommodation est réduite au maximum, les abstractions réfléchissantes sont impossible, le processus d'équilibration majorant est donc absent.

En se référant à la théorie néo-structuraliste de Juan.Pascal.Léone qui à proposer une architecture cognitive en deux composantes :

Le système subjectif qui regroupe tous les schèmes déjà construit et le système cognitif qui regroupe tous les opérateurs silencieux. Cette théorie nous permettra d'expliquer les performances de notre cas d'étude en analysant les mécanismes fondamentaux impliqués dans ces performances.

Ce système qui contient un répertoire d'opérateur silencieux dont l'intervention va rendre possible la modification des schèmes au cours du développement, Ces opérateurs qui appartiennent au « travail cognitif » du sujet ont des actions essentielles au fonctionnement, et au développement de la pensée.

En analysant les processus, les mécanismes utilisés par notre cas d'étude nous supposons que l'épilepsie a entravé le fonctionnement de ces opérateurs et leur dynamisme évolutif, ce qui entrave le développement de la pensée et son fonctionnement.

-L'opérateur « M » : Opérateur « M » ou espace mental de traitement, fonctionne comme système central de la mémoire à court terme, contraignant quantitativement l'espace mental

---

7-8 : Greppo.G ; *analyse des résistances rencontrées chez le sujet dans lediagnostic et la remédiation opératoire en relation avec l'expérience de son milieu ou la socialisation de l'intelligence, thèse de doctorat en psychologie*, Université lumière Lyon 2, 1997.pp110-112.

sollicité dans une tâche de résolution de problème. Sa puissance est diminuée par des facteurs organiques (répétition des crises d'épilepsie) définie par l'incapacité d'activer le maximum des schèmes simultanément et de maintenir cette activation pour résoudre une opération mentale (échecs au subtest : arithmétique).

Cette énergie mentale est insuffisante pour contrôler le maintien d'activation de schème d'action ( qui jouent un rôle très important dans la planification des stratégies), résultante à une interruption dans le cours et fonctionnement de schèmes ,qui est voué par l'échec du sujet épileptique à résoudre le problème (activité mentale),ce qui justifie l'incapacité de manipuler les données mentalement en activant les schèmes les plus pertinents et en utilisant des stratégies qui ne nécessitent pas une grande quantité d'énergie mentale ( le support perceptif).

-L'opérateur I : opérateur I qui est un opérateur inhibiteur joue un rôle très important dans la résolution de la tâche cognitive, en inhibant le déclenchement et l'activation des schèmes non-pertinents en laissant activer que les schèmes les plus pertinents.

Cet opérateur est défaillant dans son rôle chez l'épileptique, qui d'une part est incapable de choisir ou différencier entre les schèmes les plus pertinents et les moins pertinents, ce qui le met dans un état d'hésitation, incapacité de trouver la bonne solution, compensé par un essai de résolution de problème par tâtonnement, en utilisant tous les stratégies (les schèmes d'action déjà acquis) à sa disposition ce qui induit le sujet épileptique en situation d'erreurs commises.

-Les opérateurs L et C : ces deux opérateurs d'apprentissage permettent le passage d'un apprentissage passif (les expériences sont accumulées et assimilées selon Piaget) ou se met en œuvre l'activation de l'opérateur (C) sans les modifiants( abstraction simple), par exemple l'attitude de notre cas d'étude face à une tâche cognitive ( subtest similitude) se caractérise par un classement des objets selon leur usage fonctionnelle sans l'intégration de nouvelles propriétés figurative et opérative, même si l'expérience est répétée ( l'utilisation de la même procédure), à un apprentissage actif(selon Piaget le sujet intervient sur les matériaux en modifiant les mécanismes mentaux à sa disposition),ce qui nécessite l'activation de l'opérateur (L) (abstraction réfléchissante), qui permet l'émergence de structures de plus en plus complexes ( les structures logiques).Ce dernier opérateur n'est pas acquis chez l'épileptique puisqu'il est entravé dans son développement par l'épilepsie, ce qui justifie le surinvestissement d'un raisonnement perceptif(Pensée figurative) et les difficultés d'apprentissage, qui peut être expliqué d'une part par le développement insuffisant de

l'opérateur (L) et d'autre part par le surinvestissement de l'opérateur (C), c'est-à-dire fixation de l'épileptique dans un apprentissage passif.

Au bout de quelques années de maladie (dysfonctionnement du cerveau) le processus d'assimilation sera aussi entravé dans son fonctionnement et l'épileptique ne pourra plus assimiler d'autres schèmes.

## **II-2 Approches projective :**

Depuis de nombreuses années les cliniciens s'attachent à dégager les caractéristiques majeures qui organisent la situation projective, le « Cadre » projectif, le point commun à toutes les épreuves projectives réside dans la qualité particulière du matériel proposé à la fois concret et ambigu. Dans la sollicitation d'associations verbales à partir de ce matériel et enfin dans la création d'un champ relationnel original entre le sujet et le psychologue clinicien grâce à l'objet médiateur que présente le test.

Parmi ce champ vaste de test projectif on trouve les tests ou dessins à consigne qui comportent une autre forme de sollicitation, dans la mesure de la contre inscrite dans la consigne « dessine une famille » (L.Corman, 1961) dans la pratique clinique auprès des enfants et des adolescents.

Cette épreuve permet tout particulièrement d'appréhender les enjeux de la dynamique identitaire qui structure le fonctionnement psychique de l'enfant ou de l'adolescent, à partir de la figuration des images parentales.

### **II-2-1 Présentation du test de dessin de la famille :**

Le dessin de la famille est l'un des épreuves projectives les plus fructueuses et les plus utilisées dans la clinique psychopathologique de l'enfant et l'adolescent. Ce dernier est classé aux axes « des dessins à consignes » que nous allons le présenter à ce chapitre.

#### **A -Historique :**

Il semble que ce soit « Traube » (1939) qui à partir de son travail avec des enfants difficile, ait utilisé pour la première fois le dessin dans un but diagnostique, suite à son expérience elle

à suggérer de réaliser une analyse systématique afin de faire ressortir certaines caractéristiques du dessin, pour une population d'année.

Ces traits devraient selon elle, être semblables au plan du contenu du style et de la technique. Elle déclencha ainsi un mouvement de recherche portant sur l'analyse du dessin.

Dans un historique de l'utilisation psychologique du dessin du bonhomme de Goodnough, pour évaluer l'intelligence des enfants, de K. Machover (1949) souligne la valeur projective de cette épreuve graphique et qui en a conclu que leur réalisation exprimait quelque chose de leur personnalité.

Il y a presque 50 ans, Buck (1943-1964) qui a mis au point l'épreuve de dessin « House-Tree-Person » ([http](http://www.house-tree-person.com/)) qui a analysé et interprété le dessin en se basant sur les éléments du dessin et sur les associations du sujet.

Certains auteurs ont souligné l'apport spécifique du dessin de la famille par rapport aux autres tests de dessin, citons en premier Cain et Gomila (1953) qui ont identifié (4) éléments d'analyse particuliers au dessin de la famille (le nombre de personnages, la structure interne du dessin, le rapport figure-fond, l'aspect dynamique interne de chaque personnage) ; en 1965, Borelli-Vincent établit une grille de cotation, en vue d'examiner de manière particulière la famille telle qu'elle est présentée par le sujet, est relativement semblable.

Il s'agit là d'un premier niveau d'analyse global. L'auteur a ensuite étudié les dessins de la famille selon une perspective en analysant les plans adaptatifs projectifs et expressifs.

Borelli-Vincent (1965) s'est particulièrement intéressé à travers le dessin de la famille, aux conflits du sujet.

Debiens (1968) qui s'est inspirée des notions de Borelli et Vincent croit qu'il est important de chercher à discerner si ces conflits s'inscrivent dans l'ordre normal du développement ou s'ils ont une connotation pathologique.

Notons aussi l'apport de Porot (1965) qui a élaboré le test de la famille à la suite de Minkowska (1952) et de Morgenstern (1937), Porot a étudié la valeur projective du dessin de la famille.

Il considère, en effet que cette méthode constitue un test projectif dans toute l'acceptation du terme, en ce qu'il favorise la projection des parties conscientes et inconscientes de la personnalité. Royer (1996) souligne la contribution importante de Porot à la standardisation du

test et à l'augmentation de l'intérêt pour cette épreuve de la part des chercheurs et des cliniciens.

De son côté, WidlÖcher (1965) distingue quatre niveaux de compréhension du dessin : niveau narratif, niveau expressif, niveau projectif concernant la vision que l'enfant a du monde, et le niveau projectif distingué est inconscient et renvoie au contenu refoulé de l'enfant, son analyse du dessin porte sur les relations affectives [du sujet] au monde qui l'entoure, ses mouvements d'approche ou de retrait, d'appétence ou de crainte qui marquaient son rapport aux êtres et aux choses.

En 1969, Osterrieth et Cambier ont recueilli une grande quantité de dessin de l'enfant pour un but des constellations caractéristiques des âges, sexes, étapes de développement, traits de la personnalité.

Un an plus tard, Burns et Kaufman (1970) ont publié le livre *Kinetic family drawings* (ou dessin de la famille en action) qui leur étude portait sur l'action et le style de dessin augurait une étendue nouvelle à l'interprétation du dessin de la famille.

Mentionnons aussi la méthode analytique de Corman (1965-1970) sur l'analyse du graphisme, des structures formelles et du contenu.

Morval (1973) a utilisé pour l'analyse de 418 protocoles de dessin d'enfant (5 à 11 ans) la structure d'évaluation de Corman portée sur les aspects valorisation-dévalorisation, l'identification, les déplacements et les relations à distance.

Par ailleurs, Gendre, Chetrit et Dupont (1977) ont établi leur critère d'analyse à partir de deux échelles, une échelle intellectuelle (qualité du dessin) et une échelle affective (organisation interne et contenu).

Enfin Roger (1984) a étudié le dessin sous deux aspects : le niveau global correspond à l'emplacement, aux dimensions et proportions du personnage, au tracé, à la position et à la symétrie, à la posture et au mouvement ; à la personnalisation (âge, sexe et identité) du personnage et à son expression ainsi qu'à l'environnement qui l'entoure.

Le test de la famille de Kos, Bierman (1977) appartient à une longue liste de méthodes dites indirectes qui permettent l'exploration de l'inconscient de l'enfant ou de la personne en général.

Ces deux auteurs dans leurs méthodes citent Rambert (1969) qui a créé pour le diagnostic et la thérapie une technique de jeu projectif en utilisant des marionnettes. D'autres auteurs ont par la suite utilisé le dessin libre dans le même but. Et enfin notent aussi la contribution de Lydia Jackson (1950) qui a créé le Family attitude test. Plus récemment un autre test concernant la famille a été créé par Benn et Anthony(1985) : Family relation test.

Ces derniers chercheurs ont voulu répondre à un besoin actuel, clinique et de recherche soit d'avoir un instrument objectif et fiable qui permettrait d'indiquer rapidement l'orientation et l'intensité des sentiments de l'enfant envers les membres de sa famille ainsi que sa perception de leur appréciation le concernant, Viennent ensuite les techniques graphiques concernant la famille.

On peut classer selon les différentes consignes qui président à l'exécution du dessin.

- « Dessine ta propre famille », selon les indications de Hulse (1951), Caïn et Gomila (1953),Reznikoff (1956),Porot (1965) ; et « dessine une famille » consigne suggérée par Corman.
- « Dessine tous les membres de ta famille, toi inclus, en train de faire quelques chose » à la consigne du dessin de la famille en action (Burne et Kaufman 1970).
- « Dessine une famille Transformé » consigne concernant les animaux utilisée par Brem-Gräser (1957).
- « Dessinez votre famille d'origine »(pour les adultes ayant un enfant qui présente des troubles de comportement ou pour les familles recomposées) (Jourdan-Ionescu et Palacio-Quintin, 1995)
- « Dessine une famille » (avec crayons de couleur fournis). A la fin du dessin on demande au sujet de choisir (en montrant sur les crayons de couleurs) sa couleur préférée et la couleur qu'il aime le moins (1970, Maggi).
- « Dessine une visite de tes grands-parents ou chez tes grands parents » (Nanpon, 1986).

Enfin le test du dessin de la famille a suscité beaucoup d'intérêt de la part des chercheurs et des cliniciens. Il a fait l'objet d'études réalisées selon des perspectives très divers pas toujours complémentaires. Les chercheurs et cliniciens insistent sur la nécessité de réaliser une synthèse de données existantes sur le dessin de la famille et la portée diagnostique de celui-ci.

**B-Consignes de passation :**

La fouille soit être présentée au sujet horizontalement. L'examineur leur fournit des crayons de couleur en bois, mais pas de pastels, ni de feutres ou de crayons de cire, on doit disposer d'une montre avec trotteuse ou d'un chronomètre pour noter le temps d'exécution.

La consigne doit être formulée comme suit : « dessine une famille » selon les objectifs de la passation, cette consigne peut être modifiée ou complétée par celle-ci : « dessine ta famille ».

Durant la passation, on doit indiquer l'ordre dans lequel les éléments sont dessinés. L'examineur observe et consigne si le sujet est droitier ou gaucher, ainsi que l'orientation du mouvement graphique (dans le sens de l'écriture, de haut en bas, etc.).

L'examineur note aussi ses observations sur les mimiques, les gestes, la verbalisation du sujet, ainsi que le fait qu'ils soient ou non en lien manifeste avec le dessin.

Quand le dessin est terminé, l'examineur demande à la personne de donner un nom à la famille dessinée, et d'inscrire sur le dessin, en tant de chaque personnage, le nom, l'Age, le sexe de celui-ci, ainsi que son lien avec le reste de la famille.

L'examineur demande enfin au sujet de désigner à quel personnage il s'identifie, quel personnage il aimerait être, cette question reste pertinente même si le sujet déclare d'emblée avoir dessiné sa famille.

**C-Observation pendant la passation :**

Certaines observations, relatives aux verbalisations du sujet, et à sa manière de dessiner, le sens de son tracé et les étapes de la construction de son dessin, sont consignées pendant la passation. L'examineur note le mouvement du tracé, dextrogyre<sup>(\*)</sup> ou sénestogyre<sup>(\*\*)</sup>; il décrit la progression du dessin, qui peut être continue (la tête, le corps ou les membres dessinés en un seul mouvement) ou discontinue (plusieurs lignes alternativement à gauche et

---

\* : Qui dérive à droite.

\*\* : Qui dérive à gauche.

à droite pour faire la tête ; le corps et les membres, ou encore les têtes de tous les personnages, puis leur corps, etc.), logique ou non ( par exemple la tête, le corps , les bras et les jambes) ou non ( une partie de la tête, un bras, une partie du corps, une jambe, puis les cheveux, par exemple). Toute autre observation de la manière personnelle du sujet de dessiner doit être consignée sur le champ.

Les autres observations sont écrites le plus tôt possible après la passation afin de ne pas oublier d'informations. La présentation du sujet, sa manière personnelle de s'exprimer, la lenteur de ses propos et sa réaction adaptative à la situation de test sont notées, ainsi que l'impression générale qui se dégage pour l'examineur.

Celui-ci note, entre autres, si l'apparence du sujet est très soignée ou particulièrement négligée, si la voix est assurée ou faible, si le débit verbal est fluide ou entrecoupé.

Il indique si l'attitude est rigide, fuyante, réservée, si le sujet est opposant ou soumis, contrôle ou spontané, il inscrit les observations sur le niveau d'attention du sujet, la présence d'anxiété et ses réaction devant les difficultés qui se présentent au cours du test. Enfin l'analyse des propres sentiments du clinicien face à l'attitude du sujet permet d'apporter des informations sur certains déterminants internes de ce dernier, par leur effet sur la relation interpersonnelle qui s'est constituée lors de la passation du test. Ce point doit être corroboré par d'autres indices cliniques.

Le temps d'exécution du dessin est consigné et commenté de manière à apporter une donnée supplémentaire sur les caractéristiques psychomotrices et affectives du sujet à partir de toutes ces observations faites pendant la passation ainsi que sur les verbalisations du sujet, nous pouvons émettre des hypothèses cliniques.

#### **D-Composition de la famille dessinée par rapport à la famille réelle:**

- Le clinicien note dans le tableau, sous la rubrique « caractéristiques » les noms des personnages dessinés, selon l'ordre dans lequel ils ont été dessinés. Il indique ensuite l'Age, le sexe et le rôle de chacun dans la famille (père, mère, aîné, cadet, oncle...)
- L'examineur inscrit ensuite les membres de la famille réelle, leurs noms, leurs âges, leurs sexes ainsi que les différences observées entre chacun des membres des familles réelles et dessinées par exemple entre le père et le personnage « père » dessiné.

Ces données proviennent principalement de l'anamnèse faite antérieurement à la passation du dessin de la famille.

- On indique ensuite si un personnage a été ajouté ou amis dans le dessin, par rapport à la famille réelle.
- Puis on note à quel personnage le sujet s'identifie.

### **E-Interprétation :**

Le dessin de la famille est un test d'une grande fragilité d'exécution et d'une richesse d'interprétation, cette interprétation commence avec l'entretien même et les questions posées à l'enfant ou adolescent, il s'agit ici de tirer le maximum d'informations du sujet lui-même, car il est le mieux placé pour savoir ce que son dessin veut dire.

Le dessin de la famille comporte d'une part une « forme » et d'autre part un « contenu » que nous allons analyser et interpréter en se basant sur les analyses et interprétations très importants de plusieurs chercheurs parmi eux ( Porot, Kimchi, Buck, Reynold...) pour analyser et interpréter ces deux axes ( forme/contenu) du dessin de la famille , nous allons subdiviser notre démarche en trois dimensions, la première « Aspect global » au niveau graphique en analysant l'emplacement de la feuille la qualité du dessin sa position sur la feuille, l'ampleur et forme du tracé, les zones blanches, la latéralité du sujet ; la deuxième « Aspect détaillé » en analysant le niveau de structure formel ( le schéma corporel de la vision du sujet intérieure et extérieure de son corps), le niveau de contenu et l'interprétation psychanalytique ( l'appareil psychique avec ses forces et ses faiblesses) ; et la troisième dimension « l'aspect clinique » ( le dessin de la famille en clinique) en analysant les conflits sociaux et personnels du sujet en prenant en considération les valorisations de quelques personnages et les dévalorisations des autres ; les identifications, les relations entre les personnages les personnages surajoutés.

Alors pour conclure l'analyse du dessus dit-il « cherche surtout à être compréhensive des différentes problématiques qui agitent l'individu ainsi que ses mécanismes de dégagement d'accommodation et l'adaptation aux situations difficiles.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> :Délephine.S ;*Test du dessin de la famille (édition et applications psychologiques)* ,paris,2000 , P76.

De plus Debieune (1968) à présenter les trois principes d'interprétations qui demeurent importants :<sup>11</sup>

- L'interprétation doit porter à la fois sur les éléments du dessin et les associations du sujet, celle-ci sont nécessaire.
- Chaque élément doit être étudié en relation avec la structure globale du dessin.
- Les résultats de l'analyse doivent être mis en rapport avec les données historiques ou anamnestiques du sujet.

### **II-2-2 l'intérêt du choix du test (dessin de la famille) :**

Le test du dessin de la famille est l'un des tests les plus fructueux et les plus utilisés dans les recherches psychopathiques de l'enfant et l'adolescent. Ce dernier nous permettra de dégager les différents aspects psychopathologique de la personnalité et les désordres relationnels socio-familial d'une adolescente épileptique, qui ont un impact sur le développement de la pensée, puisqu'ils ont eu même entraver dans leurs développement et fonctionnement par la pathologie de l'épilepsie, nous rejoignons ici le propos de Géorgieff 1997 lorsqu'il à évoquer la relation entre les approches cognitives et cliniques :

« Si on doit insister sur l'écart irréductible entre les deux niveaux, on doit aussi reconnaître qu'existent nécessairement entre eux une dépendance fonctionnelle. Cette dépendance est probablement réciproque, car on peut en rester à un schéma linéaire supposant une causalité biologique s'expriment au niveau cognitif et le retentissement enfin au niveau clinique, causalité linéaire qui évacue la causalité psychique et réduit le point de vue psychopathologique, on doit concevoir aussi des transformations de fonctionnement cognitif élémentaire contrainte pas des déterminants observés au niveau clinique, au niveau du sens »<sup>(12)</sup>. C'est-à-dire qu'il y a une relation entre le développement de la pensée logique et le développement de la vie psychique d'une adolescente épileptique ou peut chacun deux entraver l'autre dans son fonctionnement, et enfin entraver l'aspect relationnel social.

---

<sup>11</sup> : Idem, p125.

<sup>12</sup>: Géorgieff.N ; *Approche cognitive et clinique du développement (convergence et spécificité neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*. 1997. p47.

**II-3 Le dessin de la famille et ses résultats:****II-3-1 Observation du cas pendant la passation du test:****\*Présentation du cas:**

Mademoiselle "N" est une jeune fille âgée de 18 ans, de taille moyenne, demeurant à Tlemcen, niveau scolaire 03 ème année moyenne; Issue d'un mariage non consanguin et d'un niveau socio-économique moyen, benjamine d'une fratrie de quatre enfants: 2 frères et une sœur.

Lors de l'entretien clinique, elle paraît en bonne santé, elle était très bien habillée et très bien coiffée, comme elle était un peu tendue puisqu'elle était au courant qu'elle doit passer un test

**\*Adaptation à la situation de test, degré de coopération:**

Mademoiselle "N" a accepté la consigne sans être rebuté par la tâche en déclarant " je suis nulle en dessin ". Elle montre d'être sérieuse de se construire une image mentale du contexte familial de ce qu'elle dessinera. Puis elle s'exécute en plusieurs gestes, tracés rapides et fins. Lors de l'achèvement du dessin, elle semblait éprouver un grand soulagement et une certaine assurance est apparue quand elle a parlé de sa famille (le contexte familial de leur vie quotidienne).

**\*Le degré d'attention, niveau d'anxiété, et réactions aux difficultés:**

Mademoiselle "N" a tendance à se taire et paraît alors concentrée lors de l'exécution du dessin , comme elle n'a manifesté aucun signe de stress ou d'anxiété; Sauf quelques difficultés rencontrées concernant le commencement du dessin (l'emplacement du dessin et choix du cadre du dessin), et hésitation concernant l'utilisation des crayons de couleurs ( à l'achèvement du dessin elle a pris le premier crayon de couleur "marron" qui se trouve à sa portée et se mis aussitôt à colorer brièvement les cheveux d'un personnage féminin "fiancé du grand frère", puis la porte, puis les éléments de la cuisine.

**\*Déroulement du test; Séquence verbale (verbalisations et annotations) et non-verbale (mouvement du tracé, progression du dessin,etc.):**

Mademoiselle "N" gauchère, hésite sur l'emplacement du dessin, rotation de la feuille en choisissant le bas de la feuille (position verticale), elle a commencé par dessiner un rectangle non asymétrique avec des tracés fins, suivi par plusieurs rotations de la feuille en dessinant à chaque coin un personnage ou deux.

Elle a dessiné tous les personnages d'une façon asymétrique et rythmée, c'est à dire en dessinant des tracés fins, légers et discontinus pour dessiner la tête puis une partie du corps (position assise), puis elle s'arrête et elle revient sur la tête en dessinant les cheveux et quelques détails du visage, elle procède aussitôt de même pour les personnages suivants (2ème...jusqu'aux 6ème).

Après l'achèvement de dessiner les personnages autour de la table, elle a commencé à dessiner sur le côté gauche des objets (les éléments de la cuisine mentionnés et confirmés lors de l'entretien), au centre de la feuille légèrement à gauche une porte. Après avoir observé son dessin pendant un bon moment, elle s'est mise aussitôt à dessiner deux personnages (l'un au-dessous de l'autre) d'une façon non soignée et rapide. Elle a arrêté en observant pour la deuxième fois son dessin et elle se remettra à dessiner un levier sur le côté droit (mentionnée et confirmée lors de l'entretien. Au cours du déroulement du test on n'a noté aucune séquence verbale.

### **II-3-2 Analyse de la production graphique**

L'analyse et l'interprétation valable du dessin de la famille ne peut s'effectuer qu'en tenant compte l'environnement et de la réalité actuelle et historique du sujet.

La connaissance préalable de l'anamnèse permet de considérer comme normaux et relatifs des éléments qui, en d'autres circonstances, seraient significatifs d'une pathologie. En l'occurrence, il s'agit de caractéristiques qui correspondent à la réalité, par exemple les tailles respectives des parents et des enfants, la présence de particularités au sein de la famille (handicap, maladie, mortalité ou autre). Ainsi plusieurs traits ou caractéristiques du dessin ne sont significatifs que lorsqu'ils sont placés en perspective de la configuration de ce sujet dans cette famille. Il est donc essentiel de reprendre ces caractéristiques du dessin, en se basant essentiellement sur trois aspects :

**A- Aspect Global: (niveau graphique)**

L'aspect comprend l'étude de l'emplacement du dessin par rapport à la feuille, la qualité du dessin, ainsi que la nature des tracés utilisés par notre cas d'étude.

Le dessin de Mademoiselle "N" se situe à la zone du bas de la page qui est la zone des instincts de base touchant la conservation (la crise d'épilepsie est considéré comme un moment de rupture et de la "mort"), l'utilisation de la zone du bas est assimilée au matérialisme<sup>13</sup>, ce qui explique la tendance de Mademoiselle "N" d'établir des relations par intérêt dans sa vie personnelle ( elle ne voit que son propre intérêt).comme elle a dessiné les personnages en les disposant dans les côtés qui peut être interprété par la recherche de structure (la recherche de son identité qui est confuse) face à de l'insécurité et une faible confiance en soi.

Mademoiselle "N" à une disposition irrégulière (marqué par plusieurs phases ou elle a arrêté de dessiner puis elle reprenait), ce qui peut être interprété par une mal maîtrise du moi<sup>14</sup> (Fragilisé par la pathologie de l'épilepsie) et avoir une attitude d'opposition et d'impulsivité.

De plus pour avoir une bonne interprétation du dessin, il faut distinguer l'ampleur et la force du tracé. Les règles générales du graphisme sont dans une large mesure applicables au dessin, la manière dont le sujet se sert d'un crayon et trace points, lignes droites et courbes étant révélatrice de sa psychomotricité, et par là de ses dispositions affectives. Mademoiselle "N" a des difficultés à maîtriser les tracés réclines et curvilignes, elle utilise donc des tracés discontinus, comme elle a du mal à maîtriser aussi la symétrie, c'est sans doute lié au fait qu'elle est gauchère. Mais il est nécessaire de signaler que cette incapacité de maîtriser la tracé est beaucoup lié au fonctionnement affectif ou Mademoiselle "N" a essayé d'exprimer ses émotions à partir du dessin (ambivalenceémotions, des émotions chargés d'agressivité et la discontinuité de la vie intérieur).

Par ailleurs, Mademoiselle "N" former des tracés de type d'dextrogyre et sénestogyre. Cette utilisation de deux sens alternativement peut laisser supposer des difficultés d'organisation au

---

13-14: Idem, pp71-73.

plan cognitif ( ses capacités de planification, d'organisation et de contrôle sont inférieurs, ce qui justifie son incapacité de contrôler pas à pas ces gestes en les accordant avec ses pensées et incapacités de planifier des procédures et d'organiser son dessin dans la feuille<sup>15</sup> qui est marqué par des coupures ou des phases d'arrêt des dessiner puis de reprendre de dessin, après l'avoir bien observé (besoin et attachement au support perceptif)

Mademoiselle "N" à tendance a répété d'un personnage à l'autre les mêmes traits d'une façon systématique, cette tendance à la répétition rythmique signifie qu'elle a perdu une partie de sa spontanéité et qu'elle vit la contrainte de la règle (des règles imposées par ses parents pour la protéger de la survenue des crises).

**B– Aspect détaillé:**

Ce point est consacré à l'interprétation psychanalytique du dessin, pour cela nous reprenant deux niveaux d'analyse, à savoir de la structure formelle et les défenses du Moi contre l'angoisse :

**1 – Le niveau de structure formelle:**

La manière dont chaque enfant ou adolescent dessine un personnage qui exprime son propre "schéma corporel". Or cette vision intérieure du corps propre ne s'édifie que peu à peu au fur et à mesure du progrès de l'âge.

Il en résulte que le degré de perfection du dessin est ici le témoin de la maturité de celui qui dessine. Au cours de l'analyse du dessin de Mademoiselle "N", on a souvent signalé une médiocrité du dessin des personnages surtout le dessin de son propre personnage (son propre corps). Ce qui signifie d'avoir une perception dévaloriser de son propre corps (un corps malade), depuis nous pouvons interpréter cette médiocrité du dessin par une opposition affective à ce qu'on lui demande à faire.

Dans le dessin de la famille nous pouvons analyser la structure chez la personne qui dessine en analysant le contenu.

---

15: Idem, p 87.

En se basant sur l'analyse fondamentale de "F. Minkowska" où celle-ci oppose deux types extrêmes : le sensoriel et le rationnel. Le sensoriel est type de personnalité très vital qui dans le groupe Familial est surtout sensible à l'ambiance au mouvement à la chaleur des liens. Alors que le rationnel est un type dont la spontanéité a été au moins en partie inhibé par des censures et a fait place à une règle d'une certaine rigidité, abêtissant à la reproduction stéréotypie et rythmique de personnages peu mobiles.

La structure de Mademoiselle "N" se place entre les deux pôles d'une part sensoriel car elle nous présente un dessin de conteste familial, où elle est sensible à l'ambiance, au mouvement, à la chaleurs des liens (elle se met à l'écart de ce contexte Familial), et d'autre part en nous présentant un dessin rationnelle c'est-à-dire qu'elle a dessiné sa propre famille (famille réelle) plutôt que dessiner une famille imaginaire, ce qui signifie que sa spontanéité est inhibée par des censures( causée par les crises d'épilepsie) ou elle fait place à une certaine rigidité (l'un des caractéristiques de la personnalité épileptique), qui aboutissent à une reproduction systématique et presque stéréotypie de personnages peu mobiles.

Le dessin de la famille est, du fait de sa consigne très large "dessine une famille", un de ceux qui permettent le mieux au sujet d'édifier un monde social à sa convenance c'est-à-dire de s'écarter autant qu'il lui plaira de la réalité objective pour donner la primarité a ses tendance propres et à sa conception personnelle de la vie familiale.

Cette édification d'un monde social différent de son monde familial est très difficile chez Mademoiselle "N" qui semblait être incapable de dessiner une famille imaginaire, et d'être obligé de reproduire son monde familial en essayant au premier lieu de réfléchir à quel contexte de la vie quotidienne ou la famille est réunie le contexte choisie: Famille autour d'une table entraîne de manger, la mère en position debout devant le levier de cuisine et enfin mademoiselle "N" qui se place près de la porte à l'écart de sa famille) ce qui signifie qu'elle ne peut accéder à l'imaginaire (la crise est une censure qui inhibé la faculté de penser et de créer une famille imaginaire) et avoir tendance à s'attacher au réel. On pourrait alors conclure que Mademoiselle "N" en analysant la consigne dans son esprit à tendance de se mettre en accord avec le principe de réalité en dessinant sa propre famille, en renonçant à toute fantaisie imaginaire. Cela ne veut pas dire que son dessin est objectif mais plutôt subjectif, car elle a dessiné sa propre famille en exprimant ses tendances, ses sentiments envers les personnes de sa famille (en valorisant quelques un et dévalorisant les autres et même en ajoutant quelque personnage).

Les tendances affectives de Mademoiselle "N" se caractérise par des tendances négatives c'est-à-dire avoir des sentiments de mépris et de haine qui la conduit à se désinvestir la personne qui est l'objet (l'objet d'amour: la mère) en la dévalorisant dans son dessin.

## **2- les défenses du Moi contre l'angoisse:**

Afin d'avoir une idée claire sur les défenses utilisés par Mademoiselle "N", l'accent est mis sur "le principe de réalité" et "le principe de plaisir / déplaisir" qui restent les fondements des conduites humaines. On aussi qu'ils se font plus ou moins l'équilibre et que le jeune enfant, d'abord soumis au seul principe du plaisir, au fur et à mesure qu'il grandit en âge et en maturité, accède progressivement à l'obéissance à la réalité.

Dans les cas pathologiques (tel que l'épilepsie) le passage du premier principe au second ne se fait pas aisément, ces conflits psychique l'oblige à accepter la réalité (attachement à la réalité) telle qu'elle est suscité un tel déplaisir en ressentant une angoisse, ou le Moi met en œuvre des mécanismes de défense pour la réduire (se retirer du monde familial en se dessinant à l'écart...)

Mademoiselle "N" a tendance à mettre en valeur le personnage "le père", ce qui signifie qu'elle s'identifie à son père en le valorisant dans son dessin, alors qu'elle dévalorise son propre personnage, en se mettant à l'écart de sa famille, au-dessous des autres, surtout au-dessous de sa mère ce qui laisse penser à une angoisse de culpabilité.

Cette angoisse de culpabilité<sup>16</sup> ressentie envers sa mère, peut être interprétée par le refus de s'identifier à elle (jugée inférieur en la dessinant elle aussi d'une façon dévalorisé). Et à avoir tendance à s'identifier à son père (pour être dans une position de pouvoir. Autorité) ce qui signifie non acceptation de sa féminité. (Cette non acceptation de la féminité est psychique pas physique, c'est-à-dire que Mademoiselle "N" a une apparence physique féminine mais sa façon de penser et son comportement reflète une masculinité).

Selon Abraham (1992), le choix du sexe du premier dessin se rapporte à l'identification avec les rôles sociaux-sexuels "masculins" et "féminins", avec les valeurs représentées dans notre société de ce qui est un homme ou une femme ; Il s'agit en quelque sorte d'une identification

---

<sup>16</sup>: Idem, p83.

au niveau de l'idéal du moi (l'identification et acceptation sexuelle). Comme il a été remarqué chez les jeunes de 06 – 12 ans, les garçons dessine plus souvent un personnage du sexe opposé, et que cette tendance décroît à l'adolescence ou les filles / garçons dessinent davantage des personnages de leur sexe.

Ce choix de dessiner un personnage de sexe opposé en premier lieu peut être interpréter par une non acceptation de la féminité (non acceptation des valeurs représentés à la femme : qui porte des enfants et se caractérise par la délicatesse, la douceur, la pudeur ...) et d'avoir tendance à s'identifier au sexe opposé (en voulant acquérir les valeurs représenté à l'homme : autorité, pouvoir, force...)

Afin de confirmer ce non acceptation de la féminité chez Mademoiselle "N", nous lui avons demandé après l'achèvement du test (dessin de la famille) de prendre une autre feuille et de dessiner "un bon homme".

Ce qui a été très surprenons c'est que Mademoiselle "N" a dessiné un beau jeune homme d'une façon méticuleuse et soigneuse, ce qui confirme notre analyse (identification au sexe masculin et non acceptation de son identité féminine) et qui explique un retard du développement sexuelle (entravé par la pathologie de l'épilepsie), c'est-à-dire non accès au stade génital et fixation au stade phallique (œdipien) ce qui justifie son sentiment de haine et le comportement agressive exprimé envers le sexe féminin (Jalousie, rivalité).

### **C- Aspect Clinique :**

Rappelant que le Moi de Mademoiselle "N" se défend contre l'angoisse d'une situation extérieur (conflits sociaux, discrimination sociale, regard des autres...) et intérieure (Conflits physique, souffrance psychique).

Ces situations sont les conséquences de la pathologie d'épilepsie trop pénible ou elle tend à accentuer des défenses par la valorisation de quelques personnages et dévalorisation des autres...

**1- La valorisation:**

La valorisation porte sur le personnage principal, celui qui revêt pour l'enfant une importance particulière et celui qu'il investit spécialement au plan affectif. Ce personnage a des caractères distincts: il est souvent exécuté le premier, il est dessiné avec davantage de minutie, il possède plus d'éléments et occupe plus d'espace sur la feuille...<sup>17</sup>

De plus la mise en œuvre d'une des personnes de la famille a déjà été mentionnée (par Porot et autres) comme indiquant des relations particulièrement significatives entre l'enfant / adolescent et la personne. C'est en effet celle qui le considère comme le plus important qu'il admire, ou envie, ou craint.

Mademoiselle « N » a dessiné d'une façon soignée le premier personnage et les autres personnages au tour de la table d'une façon automatique et rythmique. Ce personnage valorisé est "le père" qu'elle s'identifie inconsciemment à lui, c'est à lui qu'elle pense d'abord et à qui elle accorde de plus d'attention et d'affection. Elle le considère comme le plus important, qu'elle admire et envie.

**2- La dévalorisation:**

La dévalorisation vise à escamoter une réalité inacceptable et douloureuse. Elle peut s'effectuer par l'omission d'un personnage ou d'une partie de celui-ci, comme elle peut se manifester par d'autres indices : le dessin du personnage dévalorisé est plus petit, il est situé en retrait, exécuté en dernier, mal fait, ridiculisé, non personnalisé ; ou bien le personnage dévalorisé est tout simplement barré<sup>18</sup>.

Mademoiselle "N" a hésité, comme elle a mis du temps pour accepter de dessiner les deux derniers personnages exécutés d'une façon médiocre et met à l'écart de la famille (réunie autour d'une table).

---

17-18 :Idem.pp105-107

Le premier personnage dévalorisé est "la mère", exécuté d'une façon médiocre mal fait en lui omission des détails du visage (les yeux, le nez, la bouche) qui ont une interprétation significative que nous allons présenter ci-dessous:

- L'omission des yeux qui sont des révélateurs de l'âme, expriment l'état émotionnel du sujet et peut être interprété comme « un sentiment d'angoisse et de culpabilité »<sup>19</sup>, éprouvés envers sa mère jugée inférieure et considérée comme rivale en souhaitant sa disparition en occupant sa place inconsciemment (complexe d'œdipe non résolue). Cette culpabilité éprouvé envers sa mère à deux explications, d'une part le refus de s'identifier à sa mère (non acceptation de la féminité) et d'autre part elle l'a considère comme son rivale (complexe d'œdipe non résolu).
- L'omission du nez qui est un symbole sexuel peut être interprété que Mademoiselle "N" éprouve des difficultés sexuelles ou d'avoir des craintes de castration, ce qui justifie que le complexe d'œdipe n'est pas résolu<sup>20</sup>.
- L'omission de la bouche peut être interprété que Mademoiselle "N" éprouve une résistance de communiquer<sup>21</sup>, ce qui explique ses difficultés de communiquer avec sa mère, son seul moyen de s'exprimer est l'agressivité (des relations conflictuelles avec la mère).

Le deuxième personnage dévalorisé est "Mademoiselle "N", exécuté d'une façon médiocre, en omission des expression, détails de son visage et une partie de son corps (le bas...) ce qui explique qu'elle porte un regard négatif envers son image du corps (baisse de l'estime de soi) et qu'elle n'est pas à l'aise dans ce corps qui est malade et qui a exprimé de l'obésité. L'omission des détails du visage on la même l'interprétation présenté en haut, c'est-à-dire l'omission des yeux signifie qu'elle éprouve des sentiments d'angoisse et de culpabilité, du nez signifie qu'elle éprouve une crainte de castration (Complexe d'œdipe non résolue), et enfin la bouche qui signifie qu'elle éprouve des difficultés à communiquer, à s'exprimer, son seul moyen de communication est l'agressivité.

---

19: Idem, p116.

20-21: Idem, pp127-128.

Ajoutons à ces omissions, l'omission du bras qui est l'organe de contact avec l'entourage et de maîtrise de l'environnement<sup>22</sup>, la forme des bras indique les inspirations du sujet, la confiance, l'assurance ; ou d'autre part l'insécurité, l'agressivité, et la culpabilité. Cette omission de bras peut être interprétée que Mademoiselle "N" éprouve des sentiments d'inadéquation (il sentiment d'être deux personnes, l'une conscient et d'autre inconsciente "au moment des crises")<sup>23</sup>.

De plus la forme des bras à plusieurs interprétations significative mademoiselle "N" a dessiné tous les bras des personnages d'une façon frêle et légers, qui reflètent à une faiblesse physique (causé par la pathologie de l'épilepsie) et comme elles sont dessinés d'une façon tendu et courts, le premier signifie que mademoiselle "N" éprouve un besoin de contrôler son environnement (en occupant la position du pouvoir par l'agressivité)<sup>24</sup>. Et le deuxième signifie manque d'ambition et de volonté<sup>25</sup>.

Ces deux personnages sont jugés dévalorisés parce qu'ils sont:

- Placé en dernier, comme si l'on n'avait pas eu l'intention au début de leurs réserver un place.
- Placé à l'écart des autres membres de la famille.
- Les moins bien dessiné que les autres, avec des détails d'importance qui manque (détails du visage, partie du corps).

### **3- Les personnages surajoutés:**

Mademoiselle "N" a ajouté deux personnages familiaux, en dessinant sa propre famille (Famille réelle) en leur accordant une place chacune autour de la table avec les autres membres de sa famille.

---

22: Idem, p133.

23-24: Idem, pp134-135.

<sup>25</sup>:Idem,140

Le premier personnage surajouté est la voisine et qui est l'amie de sa sœur et son amie, qu'elle la considère comme une sœur. Le deuxième personnage surajouté est la fiancée du grand frère, ce qui peut être interprété par son acceptation et son intégration au sein de la famille.

#### **4- Les relations entre les personnages:**

La distance que le sujet instaure entre les divers personnages, plus particulièrement entre le personnage qui le représente et les autres, est significative de la relation qu'il entretient avec eux dans son monde interne, et dans son désir inconscient par rapport à eux<sup>26</sup>.

Mademoiselle "N" se représente à l'écart des autres membres de sa famille regroupés autour d'une table, ce qui peut être interprété par une difficulté à établir des relations avec le reste de la famille et souffre d'un sentiment de rejet. Ce qui explique son agressivité.

De plus la position de l'enfant par rapport à chacun de ses parents peut refléter sa situation œdipienne et les conflits avec lesquels il est aux prises<sup>27</sup>.

D'une part mademoiselle "N" a dessiné ces parents l'un loin de l'autre, le père d'une façon valorisée (le plus important du plan affectif) et la mère d'une façon dévalorisée (considérée comme rivale et auquel elle éprouve des difficultés à établir des relations avec elle). Cette séparation peut correspondre au son désir de dissocier le couple parental, ce qui est le signe d'une jalousie œdipienne (complexe d'œdipe non résolu). Et d'autre part mademoiselle "N" se place très loin du parent du sexe opposé (père), ce qui indique un interdit de l'œdipe, la mise à l'écart correspond à la crainte d'un rapproché trop intime (sentiment de culpabilité).

A ce niveau d'analyse nous pouvons ajouter un élément très important qui est "l'environnement" où elle se trouve dans la famille dessinée.

Mademoiselle "N" a dessiné sa famille en cuisine (milieu fermé) ce qui peut être survenu des crises). De plus elle a complété son dessin par d'autres éléments tels que le levier, les éléments, la porte (limité l'espace), ce qui peut être interprété par la peur du vide (la peur de la crise qui est un symbole de vide : perte de conscience).

---

26-27:Idem, pp144-145.

L'analyse du type de classement des personnages permet de relever l'organisation que Mademoiselle "N" donne à sa famille. Le regroupement de quelques personnages autour d'une table signifie qu'il y a des clans au sein de celle-ci, et les réparations les conflits. (Surtout les conflits de Mademoiselle "N" avec les autres membres de la famille).

### **5- Les identifications:**

Dans cette technique du test, à la fin du dessin, nous demandons à notre à notre cas d'étude d'identifier les personnages dessinés. En lui demandons ce choix nous permettra de faire bien entendu appel à la conscience de soi.

Nous pouvons analyser et interpréter ces identifications en deux niveaux:

- Le niveau conscient:

En premier lieu mademoiselle "N" s'est placé sur le personnage le plus dévalorisé dessiné le moins bien et placé le dernier, en retrait des autres membres de la famille, ce qui signifie qu'elle porte un regard négatif sur sa personne, son image de corps (image du corps dévalorisé) et une baisse estime de soi (identification du moi : dévalorisé).

En deuxième lieu nous avons demandé à mademoiselle "N" de choisir un personnage auquel elle voudra s'identifier. Alors sans hésitation, son choix s'est porté sur son père ; cette identification au père qui est jugé par elle comme une personne puissante, forte et respectée par les gens, c'est répété plusieurs fois au cours des entretiens clinique en déclarant qu'elle veut faire le même métier de son père (faire partie de la gendarmerie). Ce choix d'identification explique ses tendances à être en position de pouvoir, d'autorité, ce qui oblige les autres à la respecté (ce qui signifie qu'il y'à une souffrance de discrimination social, du regard des autres, et d'une fragilité narcissique, alors pour dissiper cette souffrance elle se comporte par l'agressivité qui a un sens pour elle de pouvoir), c'est une identification de défense, en puissant (le père) qui symbolise le surmoi qui est fragilisé par la pathologie de l'épilepsie).

- Niveau inconscient:

L'identification des niveaux inconscients dessinés nous oriente vers le premier personnage dessiné, le mieux dessiné, et qui est placé à droite de son dessin, cette personne est "le père", et le révèle à préalablement identifié sélectivement.

Les personnages surajoutés peuvent représenter des identifications de notre cas d'étude, ce qui signifie d'avoir plusieurs tendances différentes.

Le premier personnage surajouté est "la voisine" qui est considéré par Mademoiselle "N" comme une sœur et jugé d'être gentille, compréhensive et mature en déclarant "elle me donne des conseils".

Mademoiselle "N" en s'identifiant inconsciemment à cette voisine cherche à modifier et améliorer son image au près de sa famille qui la considère comme une jeune fille difficile et immature.

Cette identification inconsciente à une personne gentille, mature nous permettra de signaler que Mademoiselle "N" éprouve un sentiment de palpabilité envers sa famille qui souffre de l'émergence de la pathologie et ses conséquences.

Le deuxième personnage surajouté est "la fiancé" du grand frère (une belle blonde) auquel elle s'identifie inconsciemment et cherche d'être plus féminine et d'accepter sa féminité.

Remarque : malgré que mademoiselle «N» à tendance inconsciente de s'identifier au premier personnage surajouté (la voisine) qu'elle la considère comme une sœur, mais qu'elle a dessiné d'une façon dévalorisée en omission ses cheveux (signe de féminité), ce qui peut être interprété par le sentiment de jalousie et le sentiment de lui prendre sa place dans la famille (cette voisine à de très bon relation avec la famille de « N »).

En effet en comparant l'identification consciente à l'identification inconsciente nous permettra d'appréhender les caractéristiques d'un dynamisme conflictuel de la personnalité. L'identification inconsciente étant directement en rapport avec les pulsions de soi refoulés (accepté sa féminité, d'être plus gentille, douce, mature), et l'identification consciente exprimant quelque chose de la défense du moi (agressivité, d'être en situation/position de pouvoir, autorité, et disposer le pouvoir de punir).

**II-3-3 Hypothèses et synthèses interprétatives :**

L'analyse de la manière dont l'adolescente épileptique se projette dans son dessin de la famille nous livre des données précieuses sur sa personnalité, fonctionnement affectif et cognitif, sur la structure du soi, moi et du surmoi, ainsi que les relations qu'elles entretiennent avec les membres de sa famille.

Cependant, comme tout test projectif le dessin de la famille ne nous apporte pas en général des certitudes, mais seulement des probabilités. Il nous permet d'avancer sur la personnalité du sujet à l'étude d'un certain nombre d'hypothèses fructueuses.

Pour parvenir à proposer des hypothèses interprétatives et significatives en analysant le dessin de notre cas d'étude, nous allons adopter la démarche de synthèse de Morval (1974) qui distingue trois étapes dans le processus d'interprétation d'un dessin, en l'occurrence du dessin de la famille. Elle identifie d'abord les indices, ce qu'elle appelle les « signe » ; cela lui donne accès au sens manifeste, le «signifié explicite ».

L'analyse porte enfin sur le sens caché « le signifié latent ». Ce troisième niveau correspond à l'interprétation proprement dite ; elle en arrive à proposer par la suite une « Hypothèse interprétative ».

**A-Hypothèse N°01 : « le complexe d'Œdipe non résolue »**

Mademoiselle « N » souffre d'un complexe d'Œdipe non résolu, ce qui justifie ses tendances à valoriser la figure paternelle (sexe opposé).la première personne à qui elle pense, la plus importante au plan affectif, admiré et même désiré (porot), et à dévalorisé la figure maternelle (même sexe) considéré comme une rivale, ce qui explique son comportement agressif envers elle. Deplus les personnages qui représente la « figure parentale » sont dessiné l'un loin de l'autre ' interprété par son désir inconscient de dissocier le couple parental, en occupant la place de la mère pour posséder l'amour de son père, ce qui justifie son adhésivité affectif Enver son père et sa pecessivité. Nous savons que la résolution du « complexe d'Œdipe » est en relation avec l'éducation parentale, qui ont un rôle très important dans le développement psychologique de leur enfant ; quand le couple parental « survit » aux tentatives de leurs

enfant à les dissocier, et qui se fait par la valorisation de la mère par le père ( et le contraire) devant leur enfant, ou ce dernier finira par prendre conscience de ses tentatives inefficace et qu'il ne pourra pas prendre la place de l'un de ses parents, et accepté son identité sexuelle, et ses capacités de séduction ( surtout la période de l'adolescence qui est une période ou ses bouleversements, ses changements remis en cause l'Œdipe) et à chercher une autre personne de son âge.

Chez notre cas d'études la tache (résoudre le complexe d'œdipe) est plus compliqué , l'épilepsie est une lourde pathologie au sens de ses répercussion sur le développement psychique de mademoiselle « N », son appareil psychique est fragilisé, et incapable de résoudre les situations conflictuelle intérieure et extérieure.

Cette incapacité de résoudre le conflit ( complexe d'Œdipe ) causé d'une part par la discontinuité du développement psychique et d'autre part par le mode relationnel et familial, ou l'épilepsie a bouleversé la vie familial en général et plus précisément la vie du couple parental, qui leur seule préoccupation est la santé et le bien-être de leurs fille ( éviter la réapparition des crises), de plus une relation très forte s'est nouée entre le père et sa fille, qui passé plus de temps avec lui puisqu'il est retraité ,et de son côté la mère qui travailler toute la journée ( laisser sa place vide en étant mère et épouse) et qui consacré tous son temps libre à sa fille ( sentiment de culpabilité).Alors mademoiselle « N » n'a pas pu résoudre cette situation conflictuelle (Complexe d'Œdipe non résolu) puisqu'elle ne veut pas quitter cette position bénéficiaire de peur de perdre l'amour de son père.

### **B-Hypothèse N°02 : « vécu du conflit œdipien »**

Cette situation conflictuelle (complexe d'Œdipe non résolue) a causé une grande souffrance à notre cas d'étude, exprimé dans son dessin ou elle s'est dessinée proche de sa mère et loin de son père (interdit d'Œdipe) et comme elle exprimé cet interdiction d'Œdipe en laissant une partie de la feuille du dessin vide (blanche), qui est interprété au test du dessin de la famille par la zone des interdits.

Alors mademoiselle »N » souffre d'un sentiment de culpabilité envers sa mère qu'elle ne veut pas perdre son amour d'une part ; et d'autre part elle exprime dans son dessin la crainte d'un rapprochement plus intime avec son père en le dessinant loin d'elle.

**C-Hypothèse N°03 ; « non acceptation de l'identité sexuelle (la féminité)**

On peut expliquer cette non acceptation de l'identité sexuelle ( la féminité) exprimé par notre cas d'étude dans son dessin et interprété d'une part par son identification consciente et inconsciente au sexe opposé ( le père ), et avoir tendance à acquérir les valeurs représenté à l'homme le pouvoir, la force, l'autorité, qui est une identification de défense en puissant qui symbolise le surmoi contre une souffrance psychique d'un corps malade( impuissance et faiblesse physique), et la discrimination social, regard des autres et une blessure narcissique, et d'autre part le refus de s'identifier au même sexe (sa mère) qu'elle a dessiné d'une façon médiocre. Ce qui explique son refus d'accepter des valeurs représenté à la femme (qui porte des enfants, la douceur, la sensibilité, et la pudeur).

Nous nous appuyons sur l'élaboration de cette hypothèse en référence aux travaux de Abraham(1952) qui selon lui le choix du sexe du premier dessin se rapporte à l'identification avec les rôles sociaux-sexuels »masculins » et « féminins », avec les valeurs représentées dans notre société de ce qui est un homme ou une femme, il s'agit en quelque sorte d'une identification au niveau de l'idéal du moi (identification et acceptation sexuelle).

Il faut être compréhensive envers cette non acceptation psychique de son identité sexuelle (la féminité), en s'identifiant au sexe opposé en pouvant occuper une position de force et puissance pour forcer et obligé les autres à la respecté et à lui accorder une place dans la société.

Alors cette identification défensive est une façon d'exprimer sa souffrance de la discrimination sociale en refusant d'accepter les valeurs présenté par la société à la femme, puisque cette même société refus de l'accepter en l'accordant un statut de malade (inférieur).

Ajoutons que Abraham a remarqué que les fille/garçon de 06-12ans dessine plus souvent un personnage du sexe opposé, et que cette tendance décroît à l'adolescence ou les filles/garçons dessinent d'avantage des personnage de leurs sexes ; alors pour confirmer cette hypothèse nous avons demandé à notre cas d'étude de dessiner un bonhomme et ce qui a été surprenant qu'elle a dessiné un jeune homme, ce qui explique que mademoiselle »N » n'a pas acquis le stade génital ( fixation au stade phallique).

**D-Hypothèse N°04 : « inadaptation sociale et troubles du comportement »**

Mademoiselle « N » a exprimé dans son dessin son sentiment d'insécurité et ses tendances impulsive et agressive, ce qui explique ses difficultés de s'adapter au milieu social et scolaire, et son comportement agressif envers les autres.

On peut expliquer cette agressivité chez notre cas d'étude d'une part par le sentiment d'insécurité ou l'épilepsie est perçue comme une attaque au niveau du corps (perte de maîtrise sur son corps), ce sentiment d'insécurité est extériorisé sous une forme de colère, qui n'est pas mentalisée est ici proche d'un acte réflexive, la forme de pensée plus primitive décrite par Freud (d'après B.Gibello,1987),et d'autre part l'épilepsie est considéré comme un événement d'injustice et d'étrangeté, ou son environnement social ne s'est pas adapté à elle comme elle pensait qu'elle avait droit (discrimination sociale), ce qui la pousse à utiliser cette agressivité comme « une solution protectrice » qui consiste à détruire la situation mystérieuse ( la crise d'épilepsie), et à se défendre contre la société.

**E-Hypothèse N°05 : « incapacité de se détacher du réel et l'interdit de la pensée imaginaire »**

Mademoiselle »N » à tendance a dessiné sa propre famille (famille réelle) plutôt que dessiné une famille imaginaire, que l'on peut expliquer par l'incapacité d'accéder au monde imaginaire, sa spontanéité et sa pensée imaginaire sont inhibé par des censure (les crises d'épilepsie) qui ont causé une discontinuité dans la vie psychique.

Le moi fragilisé ne peut pas maîtriser cette situation conflictuelle (désir de produire un dessin imaginaire et l'incapacité d'accéder au monde imaginaire) et se sent obligé à accepter la réalité, c'est-à-dire reproduire sa famille réelle en se projetant ses sentiments et ses convergences.

Cette « réaction compensatrice » se met en représentant une image perceptive d'un contexte familial habituelle (attachement au concret), et de le reproduire dans son dessin.

**F-Hypothèse N°06 : »l'inhibition de la pensée et la discontinuité psychique/cognitive »**

L'inhibition est l'expression d'une limitation fonctionnelle du moi (fragilisé par les répétitions des crises : des ruptures), cette inhibition est l'effet d'une énergie insuffisante ou le moi n'a plus suffisamment d'énergie pour faire un travail psychique et assurer autres fonctions (fonctions cognitives).

Alors on peut expliquer cette discontinuité chez l'épileptique d'une part par une énergie insuffisante et l'incapacité de prendre en charge le travail psychique avec ses conflits psychique et d'assurer d'autres fonctions tels que les fonctions cognitives (pensée...), et d'autre part par le surinvestissement des mécanismes défensifs qui attaque la permanence et l'organisation des idées.

L'épilepsie avec sa répercussion a entravé le développement psychique et cognitif de notre cas d'étude, ces derniers s'évaluent d'une façon dysharmonique ou l'un peut prendre le dessous sur l'autre en le freinant dans son cours et développement.

Le développement de la pensée logique est le passage du préopératoire à l'opératoire concret puis formelle, cette pensée logique (vigile selon Schmid-Kisikis, 1985) est la pensée qui est mise en œuvre pour résoudre les problèmes, c'est la pensée secondarisée des psychanalystes, celle qui s'alimente dans la « sublimation » post œdipienne, et qui s'installe à la phase de latence ou l'abandon des préoccupations libidinales laisse place à un intérêt pour d'autres formes de connaissance, mais chez notre cas d'étude cette mise en place de la pensée logique est entravé par la pathologie de l'épilepsie qui a causé une discontinuité dans le développement psychique y compris la non résolution du complexe d'œdipe, alors notre cas d'étude se trouve coincé (fixation) au stade œdipien, ou ses préoccupations libidinales prend le dessous sur la faculté de pensée et ne laisse pas de place au intérêt pour d'autres formes de connaissance, ce qui justifie ses difficultés d'apprentissage et de se fixer dans une position d'apprentissage passive (simple accumulation des données) ou l'accommodation est diminué au maximum. Alors cette résurgence des fantasmes, préoccupations libidinales viennent troubler le décours et le développement de la pensée logique, ce qui explique sa pensée irrationnelle et la régression cognitive, c'est-à-dire utiliser les stratégies déjà consolidées et dépassées.

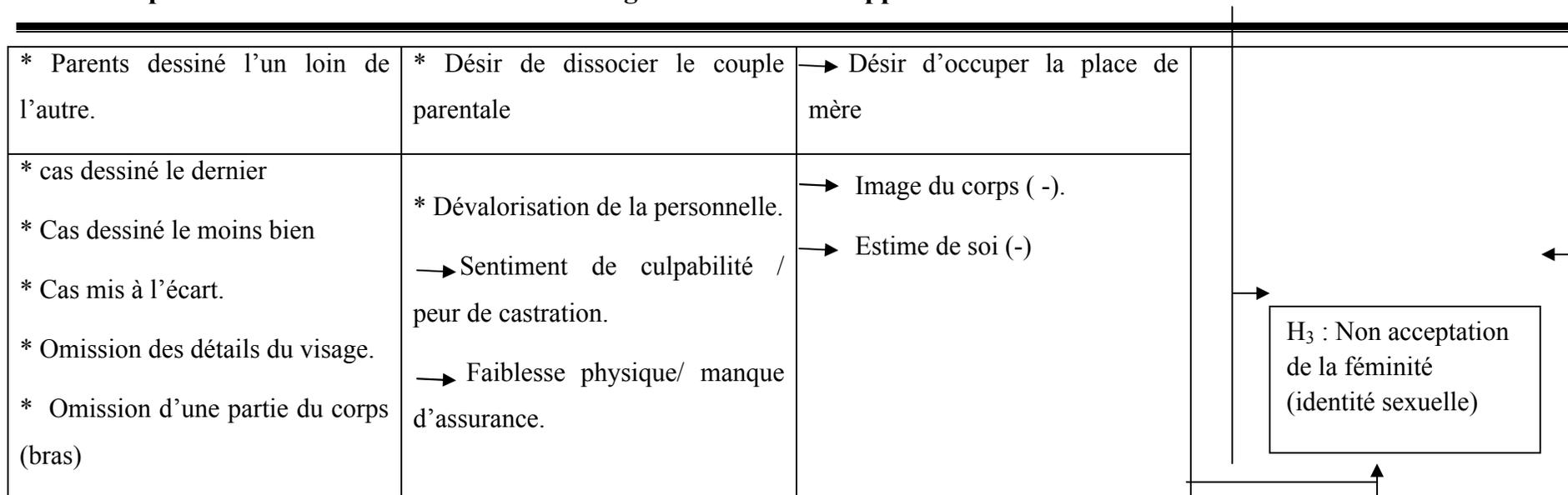
Deuxième partie :

Méthodologie et démarche d'approche

« Signifiés explicites »	« Signifiés latent »		Hypothèses interprétatives
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Père dessiné le premier</li> <li>* Père bien dessiné</li> <li>* Commentaires (+) sur le père</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Valorisation de la figure paternelle (le plus important affectif, admiré)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identification au père (besoin d'être en position de pouvoir, autorité)</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>H<sub>1</sub> : Complexe d'Œdipe non résolu</p> <p>H<sub>2</sub> : Interdit d'Œdipe</p> </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hésitation lors du dessin de la mère.</li> <li>* Mère dessinée d'une façon médiocre.</li> <li>* Mère mise à l'écart.</li> <li>* Commentaire (-) sur la mère.</li> <li>- Omission des détails du visage                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Les yeux</li> <li>→ Le nez</li> <li>→ La bouche</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dévalorisation de la figure maternelle (Inférieur)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Refus d'identification à la mère (rivalité et jalousie)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Distance petite (cas – mère).</li> <li>* Distance grande (cas – père).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Rapprochement de la mère</li> <li>* Eloignement du père/ mère de distance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sentiment de culpabilité.</li> <li>→ Peur de rapprochement plus intime</li> </ul>	

**Deuxième partie :**

**Méthodologie et démarche d'approche**



« Figure n° II : Schéma interprétatif des données obtenues à partir du dessin de la famille »

« Signifiés explicites »	« Signifiés latent »	Hypothèses interprétatives
* Retournement de la feuille du dessin	→ Opposition à la consigne	
* Disposition des personnages dessinés	→ Sentiment d'insécurité → Faible confiance en soi	
* Omission des détails du visage (Bouche) Pour chaque personnage désigné	→ Difficultés de communication	
* Omission d'une partie du corps (bras) pour le personnage qui représente le « cas »	→ Manque d'assurance dans les contacts sociaux.	
* Dessiné les personnages par des tracés légers	→ Manque d'assurance → Personnalité hésitante indécise	
* Dessiné les personnages par des courts tracés	→ Tendances impulsives	
* Dessiné les personnages par des tracés discontinus	→ Pulsions agressive → Sentiment d'insécurité	

« Figure n° III: Schéma interprétatif des données obtenues à partir du dessin de la famille »

**II-4 Synthèse des deux approches :**

pour évaluer les compétences cognitives de notre cas d'étude, nous avons utilisé le WAIS en raison des ouvertures cliniques que propose cet outil en comparant les échelles entre elles ou l'indice du traitement perceptif est nettement plus élevé ( surinvestie) que l'indice de compréhension verbale (traitement conceptuel) et l'écart observé entre complètement d'images (10/20) et similitudes (08/28) illustre totalement le style cognitif de cette adolescente épileptique qui montre de moyenne performances dans les épreuves invoquant le raisonnement visuo-perceptif et la manipulation des objets concrets et de faibles performances aux épreuves qui mettent en jeu la pensée conceptuelle et abstraite.

Du coté des épreuves verbales, nous notons de faibles performances obtenus aux subtests information (08/29), vocabulaire (14/70), et surtout compréhension (03/19). Ces faibles performances à ces subtests nous informent quant à l'influence du bagage culturel, l'incertitude des normes sociales, les difficultés d'adaptation pratique et la faiblesse lexicale, et verbale. Nous sommes également conduits à mettre en liens ses mauvaise performances avec les difficultés d'adaptation sociale. Ou elle utilise comme solution compensatrice le recours à une pensée subjective.

« Lorsque la subjectivité est ramenée au niveau de la pensée et qu'elle fait intervenir le monde des sensations, des perceptions, elle devient une notion plus facilement saisissable pour l'épileptique ».

Du coté des épreuves de performance, les résultats aux arrangement d'images (03/20), assemblages d'objets (27/41), et cubes (26/51) nous ont permis de dégager les stratégies utilisées par notre cas d'étude qui sont nettement dépassé par leur pair ou elle paraissait incapable de saisir la signification d'une histoire pour l'ordonner logiquement et temporellement, et d'organiser ses procédures de résolution ( subtest cubes et assemblage d'objets), et une souplesse lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre le raisonnement perceptif (subtest cubes) mais plus la tache devient plus complexe nécessitant un raisonnement perceptif analytique en élaborant de nouvelles stratégies, procédures pertinentes elle exprime de grands difficultés et persévération dans l'utilisations des stratégies déjà consolidées et dépassées et jugées non pertinentes.

En se basant sur l'analyse qualitative des résultats de WAIS et sur l'anamnèse du cas nous sommes parvenues à dégager les caractéristiques cognitives (logique, pensée, et raisonnement) spécifique d'une adolescente épileptique, en se référant aux deux approches théoriques d'une part l'approche structuraliste de Piaget par laquelle nous avons pu expliquer et appréhender un développement insuffisant des compétences cognitives et retard d'organisation de la pensée et la logique (non acquisition de la pensée opératoire, formelle, et la logique), et limitation des processus et procédures de la pensée (persévérance dans l'utilisation des procédures de résolution non opératoire et non efficace) entravées dans leur développement et fonctionnement par la pathologie de l'épilepsie et ses répercussions, puisque ses dernières entravent le rôle et le fonctionnement des processus et mécanismes qui assurent l'évolution de la logique et la pensée (décentration, adaptation, assimilation-accommodation, équilibration jugées d'être défectueuses) ou sa pensée qui manque de la logique reste bloquée sur le réel (incapacité de se détacher du concret) et surinvestissement du raisonnement perceptif et des procédures de résolution déjà consolidées et dépassées par leurs pairs ; et d'autre part l'approche néo-structuraliste de J.P. Léone par laquelle nous supposons que ce dysfonctionnement cognitif et développement insuffisant des compétences et performances cognitives sont liés aux dysfonctionnement et limitation fonctionnelle des opérateurs méta-constructifs (opérateur M. et I-C) entravés dans leurs performances et leur dynamisme évolutive par la pathologie de l'épilepsie.

Une lecture clinique de ses résultats a conduit à classer notre cas d'étude parmi la catégorie pathologique qui souffre de « troubles cognitivo-intellectuels » (proposé par B. Gibello, 1991) qui se caractérisent par des troubles en rapport avec les performances et les compétences de l'appareil intellectuel, exprimé par une déficience mentale légère spécifiée par un retard du développement du raisonnement logique, d'organisation de la pensée opératoire, et carence des fonctions métacognitives.

Ces troubles cognitivo-intellectuels sont liés d'une part aux facteurs neurobiologiques (un cerveau peu évolué entravé dans son développement par la pathologie de l'épilepsie), et d'autre part aux facteurs psychopathologiques et désordre relationnel ou ces troubles cognitivo-intellectuels sont conçus comme un syndrome ou l'ensemble (pattern) comportemental ou psychologique cliniquement significatifs et sont considérés comme les manifestations d'un dysfonctionnement biologique, psychologique et relationnel. Cette définition laisse totalement ouverte la question de l'analyse psychopathologique basée sur

l'analyse du contexte psychologique (construction identitaire et de la personnalité avec leurs conflits psychique), et le contexte socio familial (la nature relationnel et adaptation sociale) évalués par un test subjectif complémentaire (dessin de la famille) et argumenté et analysé dans la troisième partie (psychopathologie du dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique).

L'analyse interprétative des résultats du test projectif ( dessin de la famille) a révélé une discontinuité dans le développement psychique ( conflit psychique non résolu :complexe d'Edipe, non acceptation d'une identité sexuel) et un désordre relationnel ( inadaptation sociale et trouble du caractères et du comportement) avec leurs émergences et contrainte sur les processus cognitif complexe et élémentaire , l'analyse qui conviendra a posé concernera les relations entre la pensée cognitive et la pensée psychique chez une adolescente épileptique « un cerveau seul ne produit pas de pensée, il faut un autre et un alliant : l'affect ;la pensée naît de la conflictualité, de satisfaction et du plaisir voir la jouissance de comprendre ».

Cette analyse interprétative est significatif qui projette la lumière d'une part sur les trouble cognitifs évalués au test projectif (accomplissement du dessin) et interprété en se basant sur l'interprétation des psychanalystes et d'autre part sur les principaux conflits psychique et relationnels vécus par notre cas d'étude.

Les troubles cognitif dégagé sont des difficultés d'organisation et de contrôler ses gestes en les accordant avec ses pensée ( discontinuité dans l'accomplissent du dessin ; marquée par des phase d'arrêt de dessiné et de ruptures),et désorganisation dans la réalisation du dessin ( mode d'accomplissement du dessin manque de logique et du méthodique :dessiné la tête puis une partie du corps puis revenir sur la tête pour dessiné des détails) qui sont l'expression d'un dysfonctionnement psychique et relationnel (conflit psychique et désordre relationnel) ou le moi fragilisé par la pathologie de l'épilepsie et ses répercutions est préoccupé par la réduction de la souffrance et l'angoisse vécu par l'épileptique par l'utilisation excessif des mécanismes de défense ( l'impulsivité et l'instabilité psychomotrice exprimé aux test projectif et au WAIS, qui sont des solutions de fuite d'une situation pénible) ou l'utilisation des procédures de résolution déjà consolidé et dépassé ; ces mécanismes défensifs attaque la permanence et l'organisation des idées ( pensée désordonnée).

L'émergence des conflits psychique œdipiens et précœdipiens ravivé par l'adolescence avec ses bouleversement ne font qu'aggraver le dysfonctionnement de la pensée et la logique et freiner voir régresser ses dernières dans leurs dynamisme évolutive provoquant une limitation fonctionnelle du moi fragilisé par la pathologie d'épilepsie et qui est bloqué dans un tel travail psychique n'a plus d'énergie suffisante pour assurer le déroulement et le développement d'autres fonctions (cognitifs : la pensée et la logique).

La discontinuité psychique est une forme de fluctuante de la pensée, organisation redoutable comme le rappelle Debray (1987) puisque rien de stable ne saurait se mettre en place, toute connaissance, toute acquisition étant sans cesse attaquée et détruite, l'incapacité de gérer la frustration en est une autre conséquence.

Ajoutons que les désordres relationnels (inadaptation sociale, discrimination sociale, surprotection familiale) ne font que freiner le développement de la pensée, et se fixer dans une pensée égocentrique, subjectif non socialisée exprimé par l'incapacité de jugé d'un problème moral en se plaçant à un point de vue autre que personnel. Cette discontinuité du développement cognitif, psychique et relationnel ne fait que favoriser une organisation d'une personnalité psychopathologique.

***La troisième partie:***

***“le dysfonctionnement cognitif chez une  
adolescente épileptique”***

### Chapitre 1 : « structuration identitaire chez une adolescente épileptique »

#### \*Introduction:

Le déficit intellectuel se construit à partir de facteurs à la fois neurologiques, neuropsychologique et relationnel ; comme le note R. Mèlès « il se construit dans un mouvement complexe, marqué par des étapes à travers laquelle on observe que l'élaboration et la structuration des fonctions cognitives sont inséparables du mouvement évolutif, global de la personnalité. Il existe sans doute des cas où les facteurs organiques, sous forme d'atteintes lésionnelles ou génétiques, vont peser de manière évidente, mais ces perturbations, il ne faut pas seulement en mesurer l'incidence au niveau du dysfonctionnement cérébral. Il faut toujours se souvenir qu'à partir de deux, les expériences vécues de l'enfant vont se vivre sur un modèle différent, que les réponses de la mère à cet enfant en seront transformées bref, il convient donc de suivre les effets de l'atteinte organique non seulement dans le registre neurologique, mais sur d'autres plans, sur celui de l'évolution des pulsions, sur celui de l'investissement de l'enfant par la mère et de la mère par l'enfant par exemple... <sup>(1)</sup>

Depuis R. Mèlès, 1970 considère que les fonctionnements qui sont à l'origine de l'épilepsie (tels que le dysfonctionnement cognitif) constituent plutôt un élément dans un ensemble complexe « qui doit être saisi dans ses dimensions diachroniques et synchroniques, chaque facteur tenant une place variable selon les instants en fonction de la configuration d'ensemble » <sup>(2)</sup>

Ce qui intéresse R. Mèlès et autres, et ce qui nous intéressera est de tracer les frontières de la pathologie de l'épilepsie qui est difficile, et de tenter de préciser les différents facteurs impliqués dans le dysfonctionnement cognitif, d'un côté les éléments du dysfonctionnement neurologique (voir la deuxième partie,) et de l'autre côté les éléments relationnels et de la personnalité. C'est-à-dire que nous allons prendre en charge dans cette partie l'aspect psychopathologique et psychosociologique chez l'épileptique adolescente en analysant d'un

---

<sup>1</sup> : Mazet, Ph ; Houzel, D.; *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 2, Maloine S.A éditeur, Paris, 1978, p170.

<sup>2</sup> : Henry, Ey ; *manuel de psychiatrie de l'enfant et d'adolescent*, p492.

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

côté la période de l'adolescence et la crise identitaire vécue par l'épileptique et de l'autre côté la qualité de la relation parent – enfant ou adolescent avec ses spécificités essentielles présentes dans la pensée de l'adolescent épileptique.

### **I-1 Définition de l'adolescence :**

« l'adolescence » vient du mot latin « adolescentia » de « adolesceré » qui signifie « grandir vers » ( ad :vers, olescere : croître , grandir) classiquement, pour porot » l'adolescence est cette période de la vie qui succède à l'enfance et s'étend jusqu'à l'âge adulte » .

Du point de vue psychologique, cette période fait le passage entre la dépendance infantile et l'autonomie adulte. Mais où se situent précisément la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte ?

Les limites exactes de l'adolescence sont malaisées à établir étant donné qu'elles diffèrent selon qu'on considère la dimension biologique, psychologique ou sociale du développement le tableau (VVI) propose quelques critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence.

L'adolescence prend ainsi place entre ce que l'on appelle « la phase de latence » qui succède aux 5 ou 6 premières années de la vie et l'âge adulte, c'est-à-dire la « maturité » on peut concevoir l'adolescence comme un stade intermédiaire durant lequel l'individu, qui ni plus un enfant et pas encore un adulte, n'a pas responsabilités sociales en propre, mais où il peut explorer, s'exercer, expérimenter des rôles. Il s'agirait en quelque sorte d'un temps d'arrêt d'un délai que la société accorde au jeune pour lui permettre de choisir une voie, une personnalité , une identité, une carrière, etc. Mais lorsque l'importance du développement qui marque l'adolescence on peut facilement substituer à la notion de stade intermédiaire celle de stade à part entière.

En effet, sur une période de sept ans seulement des bouleversements considérables se produisent : le corps se transforme, les pulsions sexuelles apparaissent, la façon de percevoir et de comprendre les autres (le monde) se modifie, une identité sociale différente prend forme à l'extérieur de la famille, etc. l'adolescence se caractérise par la diversité et l'intensité des changements qu'elle apporte. Donc au moment de la puberté et dans les années qui suivent, c'est-à-dire pendant la période d'adolescence, tout l'édifice construit plus ou moins bien au cours des premières années vont être remis en question.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

La définition classique de l'adolescence amène immédiatement à se poser une question : quel est le « champ » de l'adolescence ? en effet, si le début est par la puberté ( là tous les auteurs sont d'accord), l'achèvement est beaucoup plus imprécis et des désaccord subsistant selon les auteurs : certains se limitent à l'intégration de la transformation pubertaire, ce qui fait terminer l'adolescence à 18 ans ; d'autre tenant compte de les facteurs, estiment qu'elle dure une dizaine d'années de plus de nombreux aux tours divisent l'adolescence en deux périodes : l'une allant de 12 à 14-15 ans ( Early adolescence ), l'autre de 15 à 18 ans ( later adolescence) nous pouvons conclure tout en reconnaissant que les expériences du début et de la fin de l'adolescence puissent différer considérablement, que l'adolescence est une unique du développement.

**TABLEAU VVI :**

Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence.<sup>3</sup>

Dimension de l'adolescence	Critère du début de l'adolescence	Critère de la fin de l'adolescence
Biologique	Début des changements sexuels physiques	Capacité de faire un enfant
Cognitive	Apparition des premiers raisonnements abstraits	Maîtrise de la pensée formelle
Emotionnelle	Premières tentatives d'affirmer son intimité personnelle de garder ses secrets et d'affirmer ses choix individuels	Capacité de se définir en tant que personne indépendante, d'affiner et d'assumer son identité et ses choix personnels
Juridique	Période où les parents peuvent laisser le jeune seul à la maison pour quelques heures sans être considérés comme négligents selon la loi sur la protection de la jeunesse (12ans)	Âge de majorité impliquant par exemple l'accession au droit de vote.
Sociale	Apparition des comportements de participation autonome aux rôles collectifs (travail, engagements personnels, et construction d'un réseau social personnel indépendant de la famille	Accession à la maîtrise de soi avec l'exercice des pouvoirs et des responsabilités que cela comporte envers les autres (autodiscipline, réciprocité, mutualité, etc.)

---

<sup>3</sup> - Richard, Cloutier ; *psychologie de l'adolescence*, 2ème édition.2000.p65

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

En résumé, A. Hami définit psychologiquement l'adolescence dans les termes suivants : » période au cours de laquelle, sous l'effet de la maturation sexuelle, dans ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, le sujet procède au remaniement de l'image de lui-même et des autres et du système relationnel de son moi avec le milieu jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité. Du point de vue social, c'est la période au cours de laquelle le sujet abandonne progressivement ses positions infantiles vis -à-vis des autres membres du groupe, parvient à une perception et à une acceptation de la réalité qui lui permettent d'être admis à égalité par les autres membres du groupes » bien que cette définition laisse persister des imprécisions sur le plan complète.

Au cours de l'adolescence, l'individu traverse donc des « crises de personnalité » avant d'arriver à la maturité, et ces crises se retrouvent sur tous les plans :

Instinctivo –affectif : maturation de la sexualité et développement de la vie sentimentale.

Familial : détachement progressif du milieu familial, découverte de nouvelles valeurs et création de liens extra – familiaux.

Social : acquisition d'une place à la société, le respect de l'autre indépendance, l'autonomie.

### **I-2 les origines de l'adolescence et les processus maturationnels :**

L'adolescent a un passé, c'est l'étude de son passé que nous allons voir, car en quelque sorte, l'adolescence est l'aboutissement de deux processus de maturation :

...L'une intellectuelle,

...l'autre affective.

#### **I-2-1 le parcours maturatif intellectuel :**

Il faut ici se référer aux travaux de l'école de Piaget sur la logique de l'enfant et de l'adolescent pour comprendre la transformation de la pensée d'enfant en pensée d'adolescent ( voir chapitre II) jusqu'à deux ans : stade sensori-moteur, uniquement de deux ans à sept ans environs, acquisition d'un mode de pensée véritable par l'intermédiaires des premier représentations mentales .

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

C'est une pensée concrète, elle s'applique davantage aux situations concrètes, aux configurations statiques qu'aux transformations qui les relient les unes aux autres.

L'enfant s'imagine que les causes physiques agissent comme lui-même le fait : il n'a pas conscience de la réversibilité des opérations logiques ; entre sept et douze ans : la pensée reste concrète mais devient logique : chaque état est appréhendé comme le résultat d'une transformation qui n'est plus assimilée aux actions de l'enfant mais à des opérations logiques ayant un caractère de réversibilité entre douze et seize ans : apparition de la pensée logique abstraite, celle-ci est hypothético-déductive et repose sur des données fournies par elles.

Des éléments verbaux et des symboles, se substituent aux réalités perçues pour servir de support au raisonnement ; La pensée se trouve donc libérée de la sujétion des représentations concrètes et des données de la perception : le réel constitue plus qu'un cas particulier du possible.

L'adolescence fait naturellement un large usage de cette pensée abstraite, ceci explique au moins en partie le rationalisme et le goût de la spéculation abstraite de cet âge, ensuite, il ajustera cette pensée abstraite aux données par réel.

Cet ajustement ne se fera évidemment pas d'un seul tenant d'autant plus que l'adolescent ne connaît pas les limites de ce processus de pensée abstraite. Si bien que face à des problèmes difficiles, il y aura par fois régression à une forme de pensée plus concrète plus infantile (c'est le cas chez honte cas d'étude sa pensée se caractérise par une incapacité de se détacher du concret, elle reste bloquée sur le réel et met en œuvre le raisonnement perceptif évalué au WAIS-R)

Ceci explique notamment les résultats scolaires inégaux, avant que l'adolescence ne réussisse à stabiliser le champ d'application et à apprécier les limites du mode de pensée formelle abstrait.

Nous avons vu la possibilité pour la pensée de dépasser le réel de se libérer du concret, le pouvoir de faire des plans à l'avance de formuler des hypothèses etc, sont autant de forces cognitives qui se déploient au cours de l'adolescence. Et un gain d'indépendance par rapport au concret ou au présent permet à la pensée de porter sur des contenus abstraits dont la pensée elle-même fait partie l'adolescence devient en mesure non seulement de dégager des règles à partir de ses observations ; Mais aussi de réfléchir sur les règles elles-mêmes ; afin d'en tirer d'autres règles. Il développe une réflexion sur sa pensée, une conscience et une connaissance de sa propre activité mentale : il développe des fonctions métacognitives qui comprend d'une

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

part la connaissance des procédures mentales du sujet, et d'autre part le contrôle exercé par celui-ci sur ses procédures mentales en fonction des buts à atteindre (planification, contrôle, vérification). Ses capacités mentales nouvelles ne sont certainement pas limitées aux matières scolaires ou aux notions logico-mathématiques documentées par Piaget. Tous les sphères de l'activité mentale en bénéficient tant celle des sentiments intimes que des principes régissant l'univers ces fonctions métacognitive sont déficitaire chez l'adolescence épileptique, manifestée en situation des problèmes (subtests WAIS) par l'incapacité de contrôler pas à pas ses procédures de résolution ce qui réduit sa capacité d'apporter si nécessaire des corrections intermédiaire une fois la tâche accomplie.

#### **I-2-2 le parcours maturatif affectif :**

Elle est marquée par le rôle de la transformation corporelle et de l'éveil sexuel déterminant des pulsions des désirs qui ne constituent en fait que des modalités nouvelles de tendances présentes déjà dans l'enfance. Car si l'adolescent à un passé en matière d'intelligence, il en est de même en matière de sexualité. Il faut faire appel pour cela aux données psychanalytiques, notamment freudiennes :

##### **a- Sexualité infantile :**

L'enfant passe par divers stades, pendant lesquels il peut ressentir des sensations de plaisir dans des zones érogènes autres que génitales (orale et anale) et à chaque stade cette sensibilité de l'enfant est masquée par des traits de comportements en face des personnes ou des situations qui pouvaient lui permettre d'assurer ces satisfactions (avidité à l'égard de la mère à la phase orale par exemple alors qu'au stade anal l'enfant abandonne une partie de satisfaction en vue d'une plus grande sécurité qu'il obtient en faisant plaisir à sa mère).

Mais le stade le plus important est sans contact celui qui culmine avec le complexe d'œdipe, ou l'enfant manifeste un intérêt exclusif pour le parent du sexe opposé (qu'il désire posséder) et prend conscience de sa différenciation sexuelle anatomique.

Cet intérêt exclusif avec identification au parent du même sexe amène évidemment une rivalité ce dernier qui impliquera pour l'enfant une anxiété et une culpabilité d'autant plus grands qu'il aura des « pulsions » agressives plus importantes « rôle du ça moi et surmoi déjà vu ».

## Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique

---

Ensuite, l'enfant entre dans la période de latence ou il sublime ses pulsions sur le plan scolaire et social.

### **b- A la puberté :**

- Intégration des internes et externes.
- Acquisition présente.
- Remise en question du passé avec tout ce qu'il comportait comme aménagement défensif.

Ceci explique que la maturation ne se fera pas d'une façon continue, mais avec des fixations, des régressions à des positions archaïques de défense.

Il résulte de tout cela une grande difficulté à comprendre la signification des conduites de l'adolescent, car une manifestation archaïque peut être :

- Une régression face à un problème,
- Une réactivation d'une donnée infantile.
- Le point de départ d'un mécanisme de défense mis en place contre cette manifestation archaïque.

On peut donc parler d'un « travail » de l'adolescence, travail maturant, mais ce travail est-il nécessaire?

La plupart des auteurs le considèrent non seulement comme nécessaire (même avec ses bouleversements et ses conflits) mais comme inévitable, bienvenu et bénéfique ceci est chez une personne normale imaginant la complexité de ce travail chez une épileptique adolescente qui doit prendre en charge les bouleversements et les conflits de cette période et les conflits les souffrances causés par la pathologie elle-même.

D'autres auteurs ( K.Eissler cité par A.Haim) estiment que les conflits ne devraient pas se produire s'il n'y avait pas d'obstacles internes et externes à la satisfaction des instincts hétéro- sexuels.

Depuis A.Haim se demande même si la non-concordance n'est pas justement le moteur du « travail » d'adolescence, et si l'adolescent « sans conflit » n'est pas justement celui qui réclame le plus une intervention thérapeutique (A. Freud).

### Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique

---

Nous ne pouvons pas parler de la phase de l'adolescence sans parler de « la crise de... » tout en reconnaissant que ce terme exprime une tendance à décrire l'adolescence d'une façon globale qui ne correspond pas aux faits.

Il faudrait plutôt parler de « moments critiques » voire de phases différentes du travail d'adolescence, correspondant à des passages à des moments de changements :

- Début et fin de puberté.
- Modification de la vie sexuelle.
- Changement de cycle scolaire.
- Fin de scolarité.
- Entrée dans la vie active.
- Obtention de l'autonomie.

En fait, on peut dire (avec A. Haim) pour conclure, que le problème de description de l'adolescence reste entier, car il est difficile de trouver un caractère différentiel à ces phases de l'adolescence en intégrant toutes les données internes et externes.

#### **I-3 L'enjeu identitaire de l'adolescente épileptique :**

En va analyser le problème de l'identité chez l'adolescente épileptique en abordant deux approches :

La première approche est psychosociologique : pour E.H.Erikson l'adolescente confrontée à la crise d'identité réagit selon la façon dont dans son enfance il a intégré les différents éléments d'identité : « si le tout premier stade a légué à la crise d'identité un important besoin de confiance en soi et dans les autres, alors l'adolescent cherchera avec ferveur les hommes et les idées auxquels il puisse accorder sa foi... si le second stade a établi la nécessité d'être défini par ce qu'on peut vouloir librement, alors l'adolescent recherchera l'occasion favorable pour décider en plein accord avec soi sur laquelle des avenues disponibles et indispensables du devoir et du service il s'engagera... »<sup>4</sup>( Alors pour E.H Erikson la société a ainsi un rôle capitale à jouer pour permettre à l'adolescent de développer et d'intégrer une identité conforme et un soi rassuré.

---

<sup>4</sup> : Mazet ph ; D.Houzet : *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ,volume 2, maloine S.A. éditeur, paris p194

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

Par conte chez les épileptiques, y compris notre cas d'étude souffrent de l'exclusion sociale (rejet social) qui entraîne le malade à s'interroger sur son identité personnelle, cette procédure selon « Erving Goffman » lui permet de passer de « l'état de discrédité » à celui de « discrédit able », ce qui l'empêche à construire une identité<sup>5</sup>.

L'épilepsie pose dramatiquement la question de l'identité du sujet, elle interroge le groupe social sur le lien que le malade est susceptible d'entretenir avec le monde « des génies ».

Notre société pose toujours la question de l'épilepsie s'agit-il bien d'une personne malade, ou d'une personne honte (Djenne...) qui est plus maître de son corps et ses pensées ?

L'épilepsie pose non seulement la question de l'identité social mais aussi celle de l'identité individuelle des malades. Elle renvoi fondamentalement à l'image de soi dévalorisé et à l'altérité.

Alors cette confusion sociale sur l'identité de l'épileptique, mit notre cas d'étude dans une confusion sur son identité qu'elle construira pour s'affirmer et faire partie de société comme le déclare Jean Pierre Vernant « il n'est pas de conscience de son identité sans cet autre qui nous reflète ».

La deuxième approche « psychanalytique » : beaucoup de psychanalystes pensent que le cœur du problème de l'adolescence est celui de « l'identité et de l'identification » ces deux repères constituant un seul et même mouvement (E. Kestenberg) en d'autres termes les difficultés d'identification des adolescents et par la même l'interrogation anxieuse sur leur identité se retrouve à travers tous les conflits des adolescents :

- Les modifications corporelles questionnent l'adolescent sur son image du corps ;
- L'émergence pulsionnelle ravive ses conflits fantasmatiques œdipiens ou archaïques et la même appelle un réajustement de la structure antérieure du moi de l'adolescent ;
- Le désir conscient de l'adolescent de s'affirmer et de rejeter ses images parentales remet en jeu tout son système relationnel et ses identifications.

A l'adolescence la crise pubertaire imprime sa marque sur la personnalité. L'intégration du symptôme épileptique et les réaménagements qu'il suscite interfèrent avec des thématiques psychologiques caractéristiques de cette phase du développement : identité et racisme, investissement de l'image du corps, réactivation du conflit œdipien.

---

<sup>5</sup> Mounoud, P ; *Conscience et intentionnalité dans le développement Cognitif, Conférence internationale sur « évolution and cognition »*, Italie, 1990, p170.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

La sumèrgence des angoisses lié au conflit œdipien non résolue chez notre cas d'étude ( évalué au dessin de la famille) qui est incapable de renoncer ç ses objets œdipiens et préœdipiens puisqu'elle ne peut pas renoncer à la sécurité familiale et à l'image parentale idéalisé, c'est-à-dire l'incapacité de donné une nouvelle relation aux images parentales qui implique un travail d'élaboration mentale qui est défailant, puisque le moi fragilisé par les crises d'épilepsie est incapable de prendre en charge ce travail psychique, ce qui réveille les sentiments de séparation, de perte d'objet et de culpabilité, notre cas d'étude est donc incapable de se détacher des personnes influentes ( les parents) de son enfance et de ses anciens plaisir.

De plus à cette période, il y a une prévalence de l'investissement narcissique comme moyen d'existence, les modifications de l'image du corps, les questions sur son identité poussent également l'adolescent à entrer son investissement narcissique pour obtenir de lui-même une image de soi satisfaisante et une réponse rassurante sur son « qui suis-je » synonyme de « qui je deviens ».

Répondre à cette question est difficile chez notre cas d'étude qui souffre d'une blessure narcissique (causé par les crises d'épilepsie), d'une image du corps dévalorisé (que lui reflète la société), et d'une image de soi non satisfaisante, qui manque de assurance et de sécurité. Alors pour réparer cette blessure narcissique et dissiper la souffrance psychique elle s'identifie à l'idéal du moi (idéal de haute puissance infantile et narcissique) en puisant (le père) pour affronter les contraintes de la société.

Cette identification à l'idéal du moi est source de plaisir et de souffrance chez notre cas d'étude ; source de plaisir en permettant à se s'sentir, forte et puissante ; et de souffrance ou la Sumèrgence des sentiments de culpabilité Enver la mère en refusant de s'identifier à elle (non acceptation de la féminité, ou d'identité sexuelle).

#### **I-4 crise d'adolescence et son impact sur le fonctionnement cognitif :**

A la période d'adolescence un grand nombre de changement biologique ont des incidences sur le développement physique, mental et émotionnel. Lorsque les enfants atteignent l'adolescence, ils deviennent de plus en plus conscient de leurs personnalité et sensibles la façon dont les autres les perçoivent sur le plan du développement, la tâche la plus importante d'un adolescent est de devenir plus intègre et d'avoir un sens d'identité de plus en plus solide.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

Pour les adolescents qui n'ont pas de problème de santé, la période de l'adolescence peut représenter un défi, pour ceux qui sont atteints d'épilepsie. La transition peut s'avérer particulièrement difficile ; l'adolescente épileptique essaye de gérer les bouleversements et les conflits de cette période d'une part et d'autre part les conflits, les souffrances causés par la pathologie de l'épilepsie qui est la cause d'une grande fragilité narcissique, une baisse d'estime de soi, une grande souffrance psychique... tous ces facteurs entravent le développement cognitif de l'enfant ou l'adolescent épileptique.

L'enfant normal passe rapidement par plusieurs systèmes de pensée (1. tâtonnement au hasard, 2. essai-erreur, 3. images directrices, schéma abstrait) et se détache chaque fois aisément du système inférieur<sup>6</sup>, mais l'enfant épileptique (y compris notre cas d'étude) poursuit ce développement lentement et garde plus ou moins l'empreinte du système de raisonnement qu'elle vient de dépasser (raisonnement perceptif), c'est-à-dire qu'elle est incapable de se détacher du concret, sa pensée reste ancrée sur le réel (pensée figurative), d'où le risque d'hésitation et l'incapacité d'utiliser les stratégies pertinentes pour résoudre le problème, ce qui met notre cas d'étude dans un état de déséquilibre et de perte de contrôle (exprime au subtest cubes, arrangements) et a recours à utiliser les stratégies acquises et dépassées (tâtonnement au hasard, essai-erreur) alors pour répondre à la question quel est l'impact de la crise d'adolescence sur le fonctionnement cognitif? nous savons que l'élaboration et la structuration cognitive sont inséparables du mouvement évolutif global de la personnalité la crise identitaire avec ses problèmes chez l'adolescente épileptique (conflit d'Œdipe non résolu, identification au moi idéal, l'image de soi non satisfaisante qui manque d'assurance, l'image du corps dévalorisée et blessure narcissique) vient accentuer davantage le dysfonctionnement cognitif et freine le développement de la pensée en se fixant dans une pensée égo-centrique et favorise la réorganisation d'une personnalité psychopathologique.

Le moi fragilisé par les crises n'a pas l'énergie suffisante pour faire le travail psychique (résoudre les conflits intra-psychiques) et d'assurer le développement des fonctions cognitives.

En analysant les modalités de la pensée chez notre cas d'étude en dehors du contexte clinique (les épreuves de WAIS), en la faisant parler librement sur son mode de vie quotidienne nous avons pu dégager certains invariants dans son fonctionnement : \*elle vit dans le présent sans avoir la possibilité d'envisager l'avenir, ni de prendre en compte ses

---

<sup>6</sup> Richard. J,F ; *les activités mentales, comprendre, raisonner, trouver des solutions*, 3ème édition, Armand Colin, Paris, 2002, p56.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

expériences, elle est dans l'incapacité de se mettre en question ( conduite d'accusation d'autrui), sa seule possibilité d'action sur l'extérieur est la violence ( il est plus facile de détruire que de construire).

#### **I-5 Remaniement et réorganisation de la personnalité épileptique chez le cas « N » :**

Après la notion de structure épileptique ou d'un fonctionnement psychique corrélé à l'épilepsie qui est évoquée dans la majorité des études d'inspiration psychanalytique (Freud, Ferenczi...) la notion de structuration de la personnalité de l'épilepsie a été l'objet d'étude de plusieurs travaux psychométrique, psycho-dynamique, projectifs ou psychosociale.

La question qui se pose dans ces études. Existe-t-il chez l'épileptique une personnalité spécifique ? Existe-t-il chez lui des troubles de personnalité avec une fréquence plus grande que dans la population générale, et ces troubles éventuels peuvent-ils être rattachés à l'épilepsie elle-même ? Quels sont les mécanismes des interactions éventuelles entre l'épilepsie et la personnalité ?

D'après Evelyne Bewzner : « être épileptique ce n'est pas seulement avoir des crises d'épilepsie, c'est un monde d'être globale dans lequel l'individu entre se engager... »<sup>7</sup>

J.Velin\* ,R, robot (\*\*\*) considèrent que par les modifications de la conscience au cours des crises et par son expression somatique, l'épilepsie se situe au point d'articulation du psychique et du corporel. La répétition des crises engage la temporalité, la thématique de présence et de l'absence, pose la question de l'intégration de la rupture et de la discontinuité du vécu à la personnalité.

La crise épileptique rappelle également que le sentiment d'unité corporelle et la conscience de soi ne sont pas des constructions définitives : la représentation de soi et l'image du corps sans cesse remaniées par l'expérience fonctionnelle et la relation à autrui.

L'épilepsie met en cause la continuité du soi, les limites corporelles, le narcissisme ; elle nécessite des réaménagements divers de la personnalité, corroborés tant par l'approche clinique que les prises en charge psychothérapeutiques ou les études projectives de

---

<sup>7</sup> :Evelyne .bewzner ; *introduction à la psychopathologie de l'adulte* , 2005, P58 .

\* Professeur agrégé, médecin-chef du XIII inter secteur, polyclinique Ney, paris

\*\* Docteur en psychologie, formation à l'école normale d'instituteurs paris Auteuil

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

personnalité » A cet égard, le rorschach apparait un instrument de recherche utile pour objectiver différentes modalités de structuration de la personnalité face à l'épilepsie.

La notion de la personnalité épileptique a été élaborée selon une double modalité complémentaire, le caractère de l'épileptique, la constitution épileptique ou épileptoïde.

L'épileptoïde sera examiné sous deux aspects : celui de l'efficacité intellectuelle et celui du caractère.

### **I-5-1 L'efficacité intellectuelle :**

Les conséquences des crises épileptiques elles même suent les fonctions psychologiques. La fréquence, l'intensité et la durée des crises jouent un rôle certain sur les modifications de l'efficacité intellectuelle.

La plupart des études faites à ce sujet ont souvent faussées par le fait qu'elles ne portaient que sur les épileptiques internés, la plupart du temps arriérés mentaux. Cependant une différence statistique a été trouvée, montrant que les épileptiques idiopathiques essentiels ont un niveau d'efficacité légèrement supérieur à celui des malades atteints d'autres formes d'épilepsie (travaux de Reed, Lennox, Zimmermann, Pichot).

Le problème essentiel est celui d'une éventuelle détérioration intellectuelle déterminée par l'évolution de cette maladie (les résultats psychométriques sont contradictoires à ce sujet).

Les dysfonctionnements qui sont à l'origine de l'épilepsie constituent plutôt un élément dans un ensemble complexe » qui doit être saisi dans ses dimensions diachroniques et synchroniques, chaque facteur tenant une place variable selon les instants en fonction de la configuration d'ensemble »<sup>8</sup> (D'après Mélése).

Les caractéristiques de l'intelligence des épileptiques ont été étudiées par les épreuves psychométriques (tels que : test de Wechsler...).

Le trait essentiel est la bradypsychie avec ralentissement généralisé de tous les aspects de l'intelligence sans que cela soit rattachable à la débilité mentale plus qu'un symptôme, elle est une « tonalité de base qui donne à l'ensemble du caractère un accent particulier »<sup>9</sup>, il s'agit

---

<sup>8</sup> : Mélése. L ; *la psychanalyse au risque de l'épilepsie*, éditions Ères, 2000, p492

<sup>9</sup> :Idem, p495.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

d'une lenteur intellectuelle et motrice avec manque d'initiative ; le comportement est rigide avec persévération dans les attitudes du moment, incapacité à se détacher du concret, méticulosité, l'attention dispersée, contraste avec une forte capacité à se concentrer sur un objet ( les détails).

De ces troubles résulte un manque essentiel d'adaptation aux circonstances continuellement mouvantes d'une vie normale (observée chez « N »).

La bradypsychie, si elle est aggravée par certains médicaments anti comitiaux, apparaît essentiellement comme une modalité réactionnelle défensive d'enfant placé face au monde extérieur. On ne l'observe pas chez le jeune enfant que sa relation particulière avec sa mère et ses proches met à l'abri du monde, elle apparaît à la fin de l'enfance lorsque la vie sociale s'impose au jeune épileptique : elle semble une tentative de sa part pour se protéger du monde et se mettre à distance de ses sollicitations incessantes.

Des troubles du langage ( lenteur, bégaiement, blésité) et la pauvreté du vocabulaire sont également retenus. il semble qu'ils dépassent les conséquences d'une mauvaise scolarité et qu'ils témoignent d'une difficulté de l'expression, comme il peut être la traduction d'une scolarité et d'une socialisation insuffisantes, irrégulière ( les troubles du langage évalué chez notre cas d'étude se caractérise par une lenteur de répondre suite à une lenteur d'élaboration des idées et des difficultés à s'exprimer verbalement)

On constate une extrême variabilité dans l'efficacité intellectuelle des épileptiques, l'aspect de l'épileptique peut aller de la torpeur figée à une sorte d'excitation hypomane de l'intellectualité. Mais pour tous ces troubles, on peut aussi envisager une explication autre que celle d'une détérioration mentale ou qu'un déficit social ou scolaire une interprétation psychologique est nécessaire.

#### **I-5-2 Le caractère épileptique :**

Il regroupe certains traits, non spécifiques des épileptiques mais souvent retrouvés chez eux.

La variabilité psychoaffective et comportementale est frappante l'épileptique apparaît tantôt triste, morose, abattu, figé, visqueux dans ses rapports avec les autres ou bien replié sur lui-même, tantôt, au contraire, excité, coléreux, explosif, violent, ces changements sont fréquents, inopinés, sans cause déclenchant apparente. On retrouve chez notre cas d'étude « N » ce balancement entre ces deux pôles extrêmes : d'une part, la viscosité, tant des gestes que de la

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

parole, et d'autre part l'explosivité le paroxysme comitial est le meilleur symbole (le pôle explosif reste dominant chez le cas « N »)

L'affectivité adhésive : elle se manifeste par l'astrance des sentiments de ces épileptiques qui sont encombrants par leur obséquiosité, leur besoin de plaire, leur insistance harcelante à se faire remarquer, à capter et à conserver l'attention d'autrui : on retrouve toutes ses caractéristiques chez notre cas d'étude « N » ou cette adhésivité apparaît comme un attachement excessif à ce qui est familier, stable, rassurant.

L'instabilité psychomotrice et l'impulsivité agressive : sont les troubles rencontrés le plus souvent. Cette instabilité psychomotrice observée chez « N » en situation d'examen (test d'intelligence pour adulte : WAIS) est une difficulté à fixer et maintenir l'attention (attention soutenue) traduite par une modalité excessive des intérêts de l'enfant ou l'adolescent et de leurs comportements elle peut être modérée ou aller jusqu'à une turbulence extrêmement gênante, alternant avec les périodes d'inertie et de lenteur. Elle peut être expliquée par une inaptitude à s'adapter au rythme des événements extérieurs : le monde est ainsi activement fui ; la bradypsychie succède souvent à l'instabilité ou qui alterne avec elle, représente un mode de fuite et d'évitement de cette contrainte de la vie courante. En outre cette instabilité psychomotrice a pour tout d'attirer l'attention d'autrui ; or que l'impulsivité agressive se manifeste par les colères explosives, cette impulsivité agressive c'est l'évolution de la maladie) chez notre cas d'étude en une rage narcissique qui se distingue de toute forme d'agression par le besoin de vengeance pour dissiper une souffrance psychique et réparer une blessure narcissique (causée par la pathologie d'épilepsie)

Depuis « Piotrowski », « Lempérieur » précisent les deux types de personnalité chez les épileptiques ; au type coarcté (restriction de la capacité émotionnelle) correspond une bonne adaptation sociale sans troubles du caractère ; à l'extratensif (réactivité émotionnelle excessive), une mauvaise adaptation et un risque plus grand de troubles mentaux<sup>10</sup>.

Henry. Ey analyse en clinique et dans le style phénoménologique, la personnalité de l'épileptique, cet homme « qui se charge et se décharge comme une bouteille de Leyde », se caractérise par :<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup>: Henry. Ey ; *manuel de psychiatrie de l'enfant et d'adolescent* , p145

<sup>10</sup> : Idem p207.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

Le premier trait est la compression, « l'homme épileptique est « pesant » et « lourd ». Il a de la peine à sauter d'une idée à une autre. Sa physionomie et sa psychomotricité ont quelque chose d'une pesante gravité qui exclut la souplesse, la promptitude et l'agilité. A pas lents et embarrassés, sa pensée visqueuse et opiniâtre se déplace avec difficulté et tend à persévérer... Rétrécie par son défaut de flexibilité et d'agilité.

Enfin nous pouvons regrouper les signes de personnalité spécifique de l'adolescente épileptique « N » :

Instabilité psychomotrice et impulsivité, agressivité et violence (rage narcissique), lenteur d'élaboration des idées (bradypsychie), rigidité, têtu, persévération, manque d'anticipation et de volonté, hésitations, attachement au concret, attention dispersé, difficultés d'adaptation sociale,...

### Chapitre II : « Conflictualité et dysharmonie caractérielle évolutive »

#### \*Introduction :

L'épileptique souffre de conflits psychiques ( complexe d'Œdipe, problèmes identitaire, non acceptation de son image du corps...) non résolue , puisque le moi est fragilisé par la pathologie de l'épilepsie ne peut pas prendre en charge tous ses conflits psychique ce qui provoque une grande souffrance psychique qui a eu un impact néfaste sur le développement psychique , cognitif, relationnel et social de notre cas d'étude ; Le moi face à ses conflits psychique cherche à réduire l'intensité de cette souffrance qui entrave la façon de penser et de réagir en utilisant d'une façon excessive et non efficace les mécanismes de défense. Dans ce chapitre nous allons prendre en charge la nature et l'origine de cette souffrance psychique et ses répercussions sur le fonctionnement de la pensée et la logique.

#### II-1 Définition de la souffrance psychique :

Les définitions de la souffrance psychique sont altérées entre la santé et le social. Selon le rapport du professeur Parquet, 2003 : la souffrance psychique représente une souffrance profonde, qui gêne les personnes atteintes dans leurs efforts de réinscription dans la société. Elle apparaît dans des multiples circonstances de vie, il ne s'agit pas d'un trouble mental caractérisé, mais d'une réaction aux difficultés existentielles.

Pour définir la souffrance psychique chez l'épileptique, nous rejoignons D.Anzieu qui déclare « la souffrance psychique est une sensation diffuse de mal être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui n'est pas sa propre existence ». Les raisons de souffrance évoquées par les épileptiques adolescentes sont essentiellement liées à : la honte (de la crise), la perte de l'estime de soi...Ajoutant la discrimination sociale, l'obésité, sentiment de perte des compétences cognitives.

La souffrance psychique survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense de la personne sont dépassés. Lorsque les habilités sociales sont mise à mal, en conséquence soit d'événement ou des situations traumatisantes (tels que l'épilepsie...), ou déstabilisantes marqués dans le temps soit à la répétition (répétition des crises), ou au cumul d'évènements ou de situations dont le caractère traumatique et déstabilisant est moins évident ;Partant du

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

constat que la souffrance psychique est finalement à considérer comme le débordement des mécanismes d'adaptations et de défense de la personnalité.

Les principales manifestations peuvent conduire à poser le diagnostic de la souffrance psychique sont les suivants :

- Perte diversifiée de la palette des conduites adaptative.
- Incapacité de se projeter dans l'avenir.
- Incapacité à utiliser des liens sociaux antérieurement construits.
- Incapacité à nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables.
- Solitude affective et relationnelle
- Perte de l'initiative relationnelle.

Ces manifestations sont associées par la négligence des besoins.

\*Conduites d'évitement, de replie et de passivité.

\* Baisse estime de soi.

Selon les âges, les signes de souffrance psychique vont trouver des expressions différentes, utilisant le corps ou se projetant sur autrui, minant les sources personnelles de l'enfant ou se transformant en agression sur son entourage. Ajoutons à ces signes a la période de latence et d'adolescence les difficultés d'apprentissages et d'investissement cognitif parce que il est débordé par les préoccupations souffrantes (le moi de l'épileptique fragilisé par les crises n'a pas l'énergie suffisante pour prendre en charge les souffrances psychique et conflits psychique, en essayant d'utiliser les mécanismes de défense et d'assurer le bon déroulement des fonctions cognitives (tels que la pensée et la logique).

### **II-2-Les caractéristiques de la souffrance psychique chez l'adolescente épileptique :**

#### **II-2-1 L'épilepsie et son interprétation par le cas « N » :**

L'épileptique souffre des modifications de la conscience au cours des crises et par son expression somatique, il se situe au point d'articulation du psychisme et du corporel.

Les répétitions des crises engagent la temporalité (altération de la conscience : un passage de la conscience à l'état de veille), perçue par les gens comme une mort « il meurt puis il reprend conscience », quant à lui (l'épileptique) « il vit entre deux mondes, l'un conscient et l'autre inconscient « Cette thématique de la « présence » et de « l'absence » engendre une discontinuité du vécu psychique et de la personnalité de l'épileptique.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

La question qui se pose : que représente la crise d'épilepsie pour l'épileptique ? Cette question a été posée à notre cas d'étude, qui a répondu d'une façon très banale sur la signification de la crise et de la maladie, en déclarant : « C'est une maladie normale... Ma mère m'a dit qu'il suffisait de suivre mon traitement, et d'ici quelques années les crises vont disparaître », on peut expliquer ces propos par une personnalité dominée par l'inhibition et par un appauvrissement des capacités d'expression de soi (incapacité de s'exprimer les idées les plus profondes et ses sentiments), cette fuite dans la banalisation limite la symbolisation et le recours au fantasme. Cette objectivation permet d'éviter les ingérences imaginaires, contient les motions agressives. Il s'ensuit une soumission défensive à la réalité (acceptation de la maladie), un surinvestissement des limites du corps (agressivité, impulsivités...). La crise est perçue comme une menace externe ne concernant que le somatique.

#### **II-2-2 Le moment de rupture dans l'histoire du cas « N » :**

La crise d'épilepsie « la rupture » est un moment vécu par notre cas d'étude à l'âge de 08-10 ans (l'âge de l'apparition et de succession des crises) comme un moment de confusion (elle ne comprend plus ce qu'il lui arrivait) autant que le retour à l'état normal où elle voyait toute sa famille autour d'elle ayant un regard très inquiet.

A cette période elle vivait une succession d'états intenses et paradoxaux sur un rythme rapide, suite à ces phénomènes épileptiques, elle exprime cet état de confusion par des crises de colère très intenses, et des troubles de comportement ; C'était une enfant très difficile, très nerveuse et hyperkinétique.

À l'âge de 10-12 ans les crises ont diminué mais les troubles du comportement sont aggravés et exprimés envers sa famille, comme il a bien déclaré Paul Schilder en 1925 : « l'épileptique sorti de ces crises, se caractérisait par un fort autoérotisme, et une soif de justice, constitueraient des formes de réactions face à des tendances primaires d'agressivité, de cruauté et de violence »<sup>12</sup>. Cette diminution et même disparition de crises d'épilepsie ne s'est pas durée pour longtemps car elles sont réapparues avec une grande intensité à l'âge de 12-13 ans après un arrêt brutal du traitement antiépileptique suite à l'apparition d'un phénomène traumatisant (l'obésité). A cette période elle considère les crises « rupture » ainsi que « le traitement » comme une menace contre son corps et qui ne faisait qu'empirer sa dévalorisation de son image du corps. A l'âge de 16 ans les crises sont stabilisées car mademoiselle « N » a repris son traitement puisqu'elle a pris conscience de sa maladie et

---

<sup>12</sup> : Polard. André ; *l'épilepsie du sujet (études psychanalytiques)*, harmattan, paris, 2004.p67.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

qu'elle doit suivre son traitement, elle considère les crises « rupture » comme un moment de sa vie ( double), c'est-à-dire entre deux monde l'un conscient et l'autre inconscient, mais avait toujours peur de la survenue des crises surtout au milieu sociale ( scolaire), et elle présentait toujours des troubles de comportement exprimé envers le milieu sociale surtout le milieu scolaire.

A l'âge de 17 ans mademoiselle « N » a arrêté ses études, elle semblait aux cours des entretiens clinique très soulagé d'avoir quitté le milieu scolaire ( source de ses problèmes, l'apparition de la première crise, ces difficultés d'apprentissages et ses échecs ne faisaient qu'aggraver son baisse estime de soi) ; Actuellement elle ne présente plus de crises, elle va mieux, elle est souriante et contente, mais elle trouve toujours des difficultés à s'adapter au milieu social ( centre de formation) et à établir des relations amicales, comme elle présente toujours des troubles de comportement qui sont considéré comme un moyen de communication et d'expression ( mode réflexive ).

On a l'impression que son état s'est amélioré suite à avoir quitté le milieu scolaire (comme si elle a résolue le problème de l'épilepsie en se retirant du milieu scolaire « fuite »)

#### **II-2-3 L'épilepsie et l'image du corps :**

L'image du corps intègre la synthèse des expériences corporelles et émotionnelles, très dépendante aux relations des autres. Elle est actuelle, vivante (elle peut se modifier), dynamique à la fois narcissique (centré sur soi), et interpersonnelle intime ou au contraire exprimés dans le langage, le dessin, mais aussi dans les mimiques ou les gestes, elle n'est pas consciente mais omniprésente, indispensable, considéré par Dolto : « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant... » ,Grâce au croisement de l'image du corps et schéma corporel, l'enfant peut entrer en communication avec autrui à sa façon et dans un certain confort identitaire.

Dans certains cas épileptiques, y compris notre cas d'étude le schéma corporel n'est pas modifié que par les crises d'épilepsie, mais son fonctionnement se trouve altéré par la construction d'une mauvaise image du corps, évalué au tests le dessin de la famille ( dessiné des personnages d'une façon dévalorisé qui reflètent sa propre image du corps) et au subtest assemblage d'objets de WAIS-R( non investissement de son image du corps pour assembler les partie du puzzle qui constitue une partie du corps et besoin d'une image concrète (l'examinatrice) pour réaliser la tache ), et du fait un manque de relations positive dans un

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

environnement peu rassurant ( discrimination sociale), qui provoque des altérations de l'image du corps.

L'image du corps dévalorisé chez notre cas d'étude est la conséquence d'une part d'une douleur organique (faiblesse du corps, fatigue et même un état d'asthénie) et d'autre part d'une douleur psychique (souffrance psychique d'une blessure narcissique, et du non maitrise du corps) sans oublié l'image que lui reflète son environnement social (infériorité) ce qui influe d'une façon constante sur le psychique et sur la construction d'une identité conforme et d'un soi assuré.

La répétition des crises engendre une double représentation psychique d'une part la peur constante d'une perte du corps entier (état de perte de conscience) et d'autre part a l'inverse la sensation que se corps est toujours vivant ( reprendre conscience),c'est-à-dire de vivre dans deux mondes ou même deux corps l'un conscient (vivant) et l'autre inconscient ( mort), mais qui font un corps malade et faible. Cette sensation de perte de contrôle sur son corps fragilise d'avantage son image du corps.

Deplus la survenue répétitive du phénomène douloureux et sévère (les crises d'épilepsie) peut s'inscrire définitivement dans le corps et la psyché comme une cicatrice ineffaçable, même lorsque la crise disparue, ce qui entrave et altère le développement le développement de notre cas d'étude du fait d'une perte de confiance en soi et envers les autres, ce qui favorise le développement des traits du caractère d'une façon pathologique.

Par ailleurs un autre phénomène a eu un impact néfaste sur l'image du corps de notre cas d'étude au début de la période d'adolescence, qui est un effet secondaire du traitement antiépileptique (obésité). Alors comment expliquer à une adolescente qui souffre d'une épilepsie (pathologie lourde) qu'un médicament « source d'amélioration et de guérison » potentielle puisse à lui seul entrainer plus d'effets indésirables que de bénéfice surtout si cette effet secondaire touche/attaque d'avantage son image du corps.

Ce traitement antiépileptique est vécu par notre cas d'étude comme un allié et un agent extérieure particulièrement agressif, entrainant une atteinte de l'image du corps. Ce dernier est aussi vécu comme asservi, dévalorisé, ce qui justifie son refus et arrêt brutale du traitement.

Alors ce phénomène d'obésité a renforcé chez notre cas d'étude le sentiment de faiblesse, d'infériorité avec dépréciation de l'image du corps.

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

### **II-3 L'expressivité des troubles et leurs compréhension chez le cas « N » :**

#### **II-3-1 l'expression somatique : « l'obésité » :**

L'obésité est l'un des effets secondaires du traitement antiépileptique qui a causé une grande souffrance psychique à notre cas d'étude, qui n'a accepté plus ce corps malade (corps affaibli par des crises étranges et mystérieuses), et gros.

Ce trouble est apparu à l'âge de 12-13 ans qui est une période très sensible où la petite fille entre dans le monde des jeunes filles (début de l'adolescence) et commence par apprécier son image du corps en s'y apportant plus de soins et plus d'importance.

Par contre chez notre cas d'étude qui souffre d'une part d'une image du corps négative, dévalorisée par la pathologie et le trouble alimentaire (l'obésité), et d'autre part du regard arrogant des autres vis-à-vis sa maladie et son apparence physique, ce qui a engendré une grande blessure narcissique, une image de soi dévalorisée, une baisse d'estime de soi, et un soi qui manque d'assurance et de sécurité.

Cette souffrance psychique a favorisé l'apparition des conduites « réassurance narcissique », qui ont pour but principal de dissiper la souffrance psychique, et de réparer la blessure narcissique, en s'identifiant à un surmoi idéalisé (père) et en adoptant un comportement agressif pour s'affirmer dans la société indigne et pour exprimer sa douleur et son opposition.

#### **II-3-2 l'expression comportementale et trouble de caractère :**

Devant les différents traits du caractère manifestés par l'épileptique notamment notre cas d'étude ; Il faut d'abord se demander s'ils ne sont pas directement réactionnels au milieu où vit l'épileptique ; c'est-à-dire liés aux exigences, aux contraintes, ainsi qu'aux insuffisances éducatives, ou bien encore expriment une véritable organisation psychopathologique avec une stabilité caractérielle.

Le caractère de l'enfant ou de l'adolescent apparaît pour la plus part comme un ensemble dynamique. Aussi comme le note bien « D. Widlocher » : « le caractère peut être, à moment ou à l'autre, une source d'inadaptation ou de conflit »<sup>13</sup>.

Dans un certain cas tel que notre cas d'étude les traits de caractère déviants (exemple : lutter contre toute autorité, opposition, colère : qui sont les caractéristiques d'une pensée révoltée), sont apparus après l'apparition de la maladie, et au lieu de suivre le train du développement

---

<sup>13</sup> : Ph. Mazet ; D. Houzel ; *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 02, 1987, p56.

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

général, vont se fixer et accentuer davantage leur allure pathologique en s'évoluant en vrais troubles du comportement (agressivité, violence, impulsivité et même jusqu'à une rage narcissique).

D'après Ph. Mazet et D. Houzel, en ce qui concerne les causes même de cette « fixation des traits de caractère » l'influence de l'entourage est capitale, et pourrait être analysable dans une tendance narcissique du sujet : l'adolescente épileptique se fixe sur l'image de soi que lui reflète son entourage »<sup>14</sup>. Cela favorise une organisation caractérielle regroupant certains traits non spécifiques épileptique, les accompagnants souvent.

Nous allons présenter quelques traits de caractère et trouble du comportement observé chez notre cas d'étude :

### **a- Instabilité psychomotrice et impulsivité :**

Ils sont les troubles rencontrés le plus souvent, cette instabilité psychomotrice observée chez notre cas d'étude, évaluée par le test WAIS, se manifeste par une difficulté à fixer et à maintenir l'attention (attention soutenue) à cause d'une énergie mentale insuffisante ; sur-exprimer par une imptte mobilité comportementale. Elle peut être altérée avec des périodes d'inertie et de lenteur. Elle pourrait aussi s'expliquer par une inaptitude à s'adapter au rythme, et aux modifications des évènements extérieurs : le monde est ainsi activement fui. la bradypsychie succède souvent à l'instabilité ou alterne avec elle, accompagné par des comportements de fuite et d'évènement dans la vie courante.

En outre l'instabilité motrice réalise une captation de l'attention d'autrui, et l'impulsivité agressive se manifeste par des colères explosives exprimées envers l'entourage familial et social.

### **b- Violence et agressivité :**

L'agressivité et la violence sont des troubles du comportement le plus rencontré chez les épileptiques, y compris notre cas d'étude.

Cette agressivité s'est évolué au fil d'évolution de sa maladie, et qui peut être considéré comme un mécanisme de défense contre la discrimination sociale et comme un moyens d'exprimé sa souffrance et de s'affirmer dans la société.

---

<sup>14</sup> : Idem. p59.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

L'apparition de la crise (à l'âge de 08 ans est un phénomène ressentie comme une « attaque » au niveau du corps, et perçue comme une « menace externe » ; ou elle essayer de se défendre contre elles par des crises de colères. Cette colère non mentalisé, est ici proche d'un « acte réflexe »<sup>15</sup> forme la plus primitive de la pensée décrite par Freud (cité par B.Gibello ; 1987).

Deplus cette pathologie de l'épilepsie est considéré par notre cas d'étude comme un évènement d'injustice en déclarant « pourquoi moi...pourquoi pas ma sœur ? Et comme un évènement étrange et mystérieux ou la société ne lui a pas accédé une place (discrimination sociale).

Alors en peu considéré cette agressivité comme une « solution protectrice » face à la société et l'épilepsie qui est ressentie comme une solution énigmatique, étrange et traumatique.

Il faut ajouter que chez notre cas d'étude ce trouble de comportement est une réaction de tristesse face à une désorganisation psychique consécutive, à une perte de connaissance « régression cognitive » et difficulté d'apprentissage (fixation dans une position passive ; simple accumulation des données), et une perte d'une image du corps et d'un soi unifié et conforme.

#### **C-La rage narcissique :**

La rage narcissique est un terme psychanalytique élaboré par Heinz Kohut un auteur américain (Chicago) qui est actuellement un chef d'école suivi avec passion par les uns et constaté par les autres.

Il est possible que la psychanalyse européenne, du fait des travaux de Winnicott en Angleterre, de Béla Grunberger en France et de Sacha Nacht (dans une perspective quelque peu différente) qui ont insisté sur l'importance de la prise en compte du narcissisme du patient ou de la présence de l'analyste. Soit généralement moins sensible que la psychanalyse américaine aux apports de Kohut qui tendent à privilégier le narcissisme du patient et à infléchir de ce fait la technique psychanalytique. Il est indubitable qu'on ne saurait comprendre la théorie du narcissisme de Kohut sans se référer à la psychologie du moi américaine qui la sous-tend. Un certain nombre de travaux de Kohut ont été réunis sous le titre « the analysis of the self » (1971).

---

<sup>15</sup> Douet. B ; *Evaluer et prendre en charge les troubles de la pensée chez l'enfant (Méthode de développement des contenants de pensée)* ,Dunod, paris, 2003,p113.

### Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique

---

L'auteur a étudié le concept de rage narcissique en étudiant l'étiologie, les conséquences dans la vie individuelle et la psychologie du groupe, l'élaboration dans la cure analytique.

La question qui se pose est, comment Heinz Kohut définit-il la signification du terme « rage narcissique » ?.

La rage narcissique se présente sous plusieurs aspects, qui ont cependant tous en commun un goût psychologique particulier qui leur donne une position distincte dans le vaste champ des agressions humaines.

« C'est le besoin de vengeance, pour réparer un tort, pour dissiper une blessure par n'importe quel moyen, et une impulsion profondément ancrée inexorable, à la poursuite de tous ces buts, qui ne laisse aucune paix à ceux qui ont subi la blessure narcissique »<sup>16</sup>

Le contenu de cette rage narcissique chez notre cas d'étude est d'une part la réaction catastrophique d'une pathologie honteuse (l'épilepsie) et d'autre part l'indignation en ayant subi une blessure douloureuse (être humilié devant ses camarades de classe par son professeur et l'apparition de la crise d'épilepsie qui est perçue comme un phénomène honteux), ses expériences ont des répercussions psychologiques et des conséquences sociale.

Cependant, dans ses états émotionnels qui ont causés une grande souffrance psychique chez notre cas d'étude engendre un besoin de revanche et la compulsion interminable à devoir régler des comptes après une offense (ce qui explique son comportement agressif envers le milieu scolaire qui a causé plusieurs sanctions).

Une vexation de cet ordre indique que l'agressivité a été mobilisée au service d'un soi archaïque, narcissiquement vulnérables contre un ennemi qui est vu par elle non pas comme source autonome d'impulsion, mais comme une imperfection de la réalité perçue narcissiquement .elle est une part récalcitrante en soi élargi sur lequel elle espère exercer une maîtrise totale et dont la simple indépendance ou l'altérité est une offense.

\*le développement de la rage narcissique chez le cas « N » :

Il est souvent plus révélateur d'exprimer ce phénomène en étudiant les points intermédiaires d'une succession dans le développement que de comparer son début à la fin.

En se basant sur l'anamnèse de notre cas d'étude et les entretiens cliniques établie avec sa famille, nous avons pu dégager trois phases successives dans le développement de cette rage narcissique :

---

<sup>16</sup>H.Kohut : *la rage narcissique*, 2<sup>ème</sup> partie, p13.

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

### **\*la première phase : l'âge de 08 ans :**

A l'âge de 08 ans qui est l'âge de l'apparition des crises d'épilepsie notre cas d'étude présenté des crises de colère caractérisés par des hurlements, des cris, des crises de pleur pendant des heures.

Cette pulsion d'agressivité été dirigé et exprimé envers elle-même (son corps, c'est auto agressivité) elle s'arracher les cheveux, déchirer ses vêtements...que l'on peut expliquer par son incompréhension de ce qui lui arrive, car la crise d'épilepsie est perçue comme un phénomène étrange et mystérieux, comme elle refuser de se joindre son école perçue comme la source de sa souffrance.

Après quelques mois cette agressivité est dirigé et exprimé envers les objets avec plus d'intensités ( crises de colère :hurlement, pleur...), et elle s'enfermé dans une pièce de la maison en cassant tous ce qui a été à sa portée puis elle se réfugier sous le lit en pleurant pendant des heures.

### **\*La deuxième phase : l'âge de 10-12 ans**

A cette phase notre cas d'étude a exprimé sa souffrance, ses pulsions d'agressivités envers son entourage le plus proche, qui sont sa mère et sa sœur (rivalité et jalousie) et est devenue une personne peut respectueuse des personnes (tel que ses professeurs, ses camarades de classes..).

### **\*la troisième phase : l'âge de 12-13ans :**

A cette phase un autre phénomène associé à l'épilepsie (effet secondaire) est apparue et perçue comme honteux qui est l'obésité, qui a causé une grande souffrance psychique à notre cas d'étude qui n'accepté plus ce corps malade et gros d'une part, et d'autre part le regard indigne et dévalorisant des autres ; dans ces tel situation conflictuels et douloureuse sont dissipés par des conduites agressives envers le milieu social.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

Ces mauvaises conduites caractérisées par une impulsivité, agressivité, manque de respect des personnes et des lieux, et qui se sont aggravées au fil des années (évolution de la maladie).

Toutes ses manifestations d'une rage narcissique qui peut s'exprimer différemment selon son intensité chez les épileptiques allant jusqu'à l'acte criminel ont néanmoins certaines caractéristiques en commun, puisqu'elles découlent de la même matrice la vision narcissique ou pré narcissique du monde.

-Alors comment peut-on expliquer ce phénomène chez l'épileptique ?

La pathologie de l'épilepsie a eu un impact néfaste sur le développement psychique, et du narcissisme chez notre cas d'étude (narcissiquement vulnérable) ce qui a entravé le développement d'une identité solide et conforme et d'un soi sécurisé. Cette identité confuse qui manque d'assurance en soi et de sentiment d'insécurité est manifestées par des difficultés d'intégration sociale.

De plus le surmoi de notre cas d'étude fragile et insuffisamment idéalisé qui ne pouvait lui fournir qu'un appauvrissement interne adéquat de la subsistance narcissique, ou elle avait besoin d'approbation extrême pour réparer cette blessure narcissique en adoptant une attitude dépendante des personnages idéalisés de son milieu, dont il sollicitait ardemment l'éloge et le respect.

Parmi les principaux personnages idéalisés qu'elle s'identifie à eux est son père le plus aimé et admiré par elle et perçue comme une personne au pouvoir social, et qui est respecté par les autres puisqu'il occupe un poste de gendarme. C'est une identification de défense pour être dans une position de pouvoir, d'autorité et de force en exprimant ses pulsions agressives et en obligeant les autres de la respecter et de lui accorder une place dans la société. Toutes ses expressivités ont un but principal qui est de dissiper la souffrance d'une blessure narcissique.

### **Chapitre III : « aspects on psychopathologie et désordres relationnels socio familial »**

#### **\*introduction :**

La vie sociale est une des conditions nécessaire du développement moral (la logique), et qui transforme l'individu en sa nature même , le faisant passer de l'état autistique ( un monde centré sur lui ) à l'état de personnalité, ce qui nécessite la mise en œuvre d'un mécanisme important « la coopération » qui est un processus créateur de réalité nouvelles, et non à un simple échange entre l'individus entièrement développé.

La contrainte sociale n'est qu'une étape vers la socialisation ; la coopération seule assure l'équilibre spirituel.Par contre chez l'épileptique qui souffre d'une discrimination sociale manque souvent de repaires stables et est face à des règles soit trop implicites, soit fluctuantes ce qui l'empêche de construire des systèmes de valeurs fondés sur la coopération ; la grande incohérence de leur relations avec leurs entourage entraine une incohérence non moins grande de leurs pensée.

#### **III- 1- le monde social de l'épileptique adolescent :**

##### **III-1-1 l'épileptique et le milieu scolaire :**

L'apparition des difficultés d'adaptation scolaire sont principalement liés au déclenchement de la première crise manifesté au sein de son école primaire suite à être humilié et gronder par son professeur , vécu par elle comme un phénomène traumatisant , ce qui s'ensuit par un refus total de rejoindre cet école ( source de ses problèmes et souffrance ), en exprimant des crises de colères très intenses , ce qui a poussé ses parent de la transférer dans un autre école . Ce changement de l'école n'a pas amélioré ses difficultés d'insertion et d'adaptation mais a révélé l'apparition d'autres difficultés étroitement liés à la pathologie de l'épilepsie et aggravés par le traitement antiépileptique, qui est :

\*lenteur à comprendre ou à accomplir une tache (tâche scolaire) par rapport aux autres élèves de sa classe.

\*incapacité d'utiliser des procédures de résolution efficace aboutissant à un échec et à éprouver un sentiment de non-efficacité.

## **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

\*difficultés de mémorisation, et éprouver un sentiment de vide.

\*difficultés de concentration et de l'attention.

\*difficultés d'apprentissage et de modification des procédures de résolution en les évoluant en procédures nouvelles.

Ces difficultés ont causé une grande souffrance à notre cas d'étude et ont favorisés l'apparition de troubles de caractères, parmi eux :

\*crises de colère. \*impulsivité. \* instabilité psychomotrice. et autres... ces derniers s'expliquent par une inaptitude à s'adapter au rythme du milieu scolaire, et découlent d'une réaction adoptée face à la maladie et le rejet de la part de ses paires.

De plus la difficulté de contrôler les crises et la peur de la survenue des crises en milieu scolaire ou social constitue une source d'une énorme tension psychosociale exprimé par des comportements agressives envers les autres (surtout les élèves, les enseignants...), ce qui a causé plusieurs sanctions d'établissements éducatifs.

Ajoutons que l'échec scolaire de notre cas d'étude est lié d'une part aux difficultés d'adaptation, d'insertion sociale et d'apprentissage ; et d'autre part a un parcours éducatif insuffisant (absentéisme). Ces difficultés d'adaptation et d'insertions sociales, et la souffrance d'une discrimination sociale ont conduit à un arrêt de scolarisation au niveau troisième année.

### **III-1-2 l'épileptique et l'amitié :**

Au cours de l'enfance, l'amitié est un élément de premiers ordres l'expérience sociale individuelle. L'enfant qui vit l'amitié se sent valorisé, apprécié pour ce qu'il est et ce qu'il peut faire par lui-même, en même temps qu'il apprend à négocier des ententes avec les autres à faire sa place dans le respect d'autrui. A cette période notre cas d'étude souffrait du rejet par les autres paires, du manque d'amies et d'une image sociale que lui ont donné les autres élèves « méchante » vue son comportement agressif.

Par contre pendant l'adolescence (14-16 ans) l'amitié se caractérise par la solidarité, c'est-à-dire les relations sont basées sur la solidarité et le désir de sécurité est dominant, comme elle est pour les filles une relation de soutien morale. A cette période mademoiselle « N » entrée progressivement dans le monde amical (le monde indépendant des adolescents) ou elle a

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

réussi à établir une amitié très forte avec une jeune fille de son âge, qu'elle considérait comme amie intime et une confidente, auquel elle se réfugiait au près d'elle pour exprimer ses sentiments, ses contraintes, et ses souffrances de la pathologie. Mais cette confidente et amie a trahi sa confiance en racontant à toutes les élèves l'histoire et la maladie de notre cas d'étude, qui a vécu cette trahison et infidélité comme un phénomène traumatisant, et aggravant son sentiment d'insécurité dans un monde cruel et a empêché l'exploration d'autres relations amicales en développant chez elle une grande méfiance, surtout envers les filles.

Ajoutant qu'à la fin de l'adolescence (17-18 ans) les relations amicales se basent sur la réciprocité, le partage et la compréhension mutuelle, mais chez notre cas d'étude l'amitié se base sur l'intérêt, car elle a établi des relations amicales selon son intérêt personnel en construisant un monde centré sur elle et ses besoins (pensée égocentrique).

#### **III-1-3 l'épileptique et sa famille :**

Pendant l'enfance la famille constitue le principal « agent de socialisation », entre 12-18 ans, elle continue d'avoir une très grande importance, bien que l'adolescent doive prendre ses distances par rapport à ses parents au cours de cette période.

L'épilepsie a foudroyé l'harmonie de la famille de mademoiselle « N », car la peur de la survenue des crises n'était pas la seule crainte de notre cas d'étude, mais la crainte de toute la famille surtout ses parents qui avaient une seule préoccupation la santé et le bien-être de leur fille (absence de crises).

Cette surprotection a mis notre cas d'étude dans une position centrale bénéficiaire qu'elle n'a plus voulu quitter. Ce qui a entravé son développement de la pensée et de la socialisation.

Alors la surprotection de ses parents et les relations de contrainte avec le milieu social (manque d'assurance et de sécurité) ne favorisent pas le développement moral (qui est l'intériorisation des valeurs et des règles sociales initialement extérieures), et ce qui empêche de construire des systèmes de valeurs fondés sur la coopération qui est la source de transformation de la pensée individuelle, cette dernière est défaillante chez notre cas d'étude, ce qui justifie sa fixation dans une pensée égocentrique centrée sur elle-même et son intérêt.

### III-2 les retentissements de l'épilepsie sur les rapports (parents-enfants)

#### III-2-1 les relations de l'épileptique avec ses parents

Chaque épileptique a une relation spécifique avec ses parents et qui peut se différencier de l'un de l'autre. En analysant la relation de notre cas d'étude avec ses parents nous permettrons d'identifier les retentissements de l'épilepsie sur cette relation parent-enfants.

##### A- Relation mère-fille :

Selon la perception des adolescentes la relation mères- filles implique une combinaison d'autorité et d'égalité, d'intimité, et de conflit. Comme les pères, les mères sont perçues comme des figures d'autorité, mais la distance mère-fille est moins grande ce qui permet à l'adolescence de se confier davantage à sa mère. mère-fille se rejoignent dans un même espace de féminité. Dans son parcours vers la génitalité, toute adolescente traverse ce moment aussi fugitif soit-il ou déchirant les voiles de l'enfance.

Cette génitalité n'est pas encore acquise chez notre cas d'étude, entravée dans son développement par l'épilepsie, ce qui justifie ses rapports conflictuels avec sa mère qui est considérée comme une rivale ( complexe d'œdipe non-résolue) et comme inférieure ( exprimé dans le test du dessin de la famille où elle a dessiné le personnage qui représente la mère d'une façon dévalorisée et médiocre), auxquelles elle refuse de s'identifier à elle et de la rejoindre dans le même espace de la féminité ( non acceptation de son identité sexuelle, féminité).

##### B- Relation père-fille :

Le père contribue au processus d'identification féminine de sa fille, en lui permettant de connaître et d'appivoiser le monde masculin qu'il représente dans la famille. il permet à sa fille de faire une idée positive ou négative du monde des hommes.

De plus le père est pour les adolescents une figure d'autorité et son rôle consiste à leur fournir des conseils sur les choses pratiques et les signes de leurs comportements, comme il peut donner de l'encouragement et du soutien, mais il le fait souvent sans émotions.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

En outre on ne trouve pas généralement dans la relation père-fille ce sentiment de réciprocité qui existe entre la mère et la fille .cette réciprocité n'est pas encore acquis chez notre cas d'étude, entravé et freiné par la pathologie de l'épilepsie.

L'adolescence avec ses bouleversements a réveillé , ravivé les conflits psychiques œdipiens et préœdipiens non résolue , la mère est considéré comme une rivale au lieu d'être une confidente puisqu'elles devraient faire partie du monde féminin en s'identifiant à sa mère , par contre mademoiselle « N » s'est identifier au genre masculin ( le père ) qui représente le pouvoir, l'autorité, la force pour affronter le monde extérieur .ce père représente son moi idéal et la source d'amour et d'affection qu'elle veut procéder son amour pour elle toute seul ( complexe d'œdipe non résolue)

#### **III-2-2 les relations de l'épileptique avec ses frères et sœurs :**

Les relations entre frères et sœurs qui sont partenaires de vie non seulement capable de se stimuler et de se soutenir mutuellement, mais aussi de s'opposer en rivaux dans l'univers familial, ou chaque enfant occupent une position relationnelle distincte.

L'épilepsie n'a pas changé que l'harmonie familial du malade mais elle a influencé les rapports fraternelle, qui peuvent se variée ; d'une relation de protection, rivalité fraternelle, à une soumission aux exigences du malade qui occupe la position centrale dans sa famille (c'est le cas chez notre cas d'étude).

#### **A-rivalité fraternelle :**

Les relations fraternelles chez la famille de notre cas d'étude sont spécifiques et différentes, car mademoiselle « N » à une relation harmonieuse avec son grand frère, qu'elle le respecte et lui porte beaucoup d'affection puisqu'il reflète son idéal du moi ( c'est un gendarme : position de force et pouvoir).et une relation moins harmonieuse et conflictuelle avec son deuxième frère qui ne supporte plus son comportement enfantin ,et une relation de rivalité et de jalousie avec sa sœur aînée ou cette dernière est considéré comme un objet d'amour et de haine ; objet d'amour puisqu'elle représente pour elle sœur, amie qu'elle a besoin de son soutien ; et comme rivale qui cherche à acquérir l'amour de son père. Ce père qu'elle veut le procéder pour elle toute seul.

### **Troisième partie : le dysfonctionnement cognitif chez une adolescente épileptique**

---

La jalousie et l'envie joue un rôle très important dans l'élaboration des rapport entre notre cas d'étude et sa sœur ; mademoiselle « N » présente des crises de jalousie très intense, lorsqu'elle aperçoit qu'on apporte d'importance et d'attention à sa sœur, surtout si c'été son père, exprimé dans plusieurs entretiens clinique, elle déclare : pourquoi moi je suis malade ...pourquoi pas ma sœur ?

Ce sentiment d'envie et de jalousie qui la ronge est extériorisé sous forme d'agressivité exprimé envers sa sœur.

## **\*Conclusion :**

A travers la recherche que nous avons réalisée, nous avons essayé de comprendre la nature et l'origine du dysfonctionnement cognitif d'une adolescente épileptique d'une façon générale et le dysfonctionnement de la pensée et la logique d'une façon précise, qui peut répondre des facteurs d'ordres biologique, psychologique, et social.

Nous avons donc pris en charge d'une part l'évaluation intellectuelle des troubles de l'organisation de la pensée et la logique chez une épileptique adolescente en analysant ses procédures de résolution de problèmes et ses compétences cognitives face à une tâche cognitive en adoptant une évaluation clinique basée sur l'observation clinique, test (WAIS-R) ; et d'autre part l'estimation clinique de ce trouble d'organisation de la pensée et la logique, en essayant de présenter la structuration pathologique de l'épilepsie, c'est-à-dire connaître les différents aspects psychopathologiques et psychosociologiques des dysfonctionnements de la pensée et la logique dans leurs expressivité projective (le dessin de la famille).

Nous avons, suite à cela, pu arriver à confirmer notre première hypothèse : le phénomène épileptique avec sa brutalité et ses conséquences entrave le développement de la pensée et la logique, voire freiné ou fait régresser, les processus de la pensée. Il nous a permis de dégager un profil spécifique d'une adolescente épileptique qui souffre d'un trouble cognitivo-intellectuel caractérisé par un retard d'organisation de la pensée et la logique, et ainsi qu'un développement insuffisant des fonctions métacognitives (planification, organisation et contrôle) exprimé par l'incapacité d'utilisation des stratégies efficaces et opérantes et par la sur-utilisation des stratégies déjà consolidées et dépassées par ses pairs montrant son incapacité de se détacher du concret.

Pour la deuxième hypothèse : chez l'épileptique, il existe une discontinuité dans le cours et le fonctionnement des processus psychique (conflit psychique : non résolution du complexe d'Œdipe, non acceptation de l'identité sexuelle, blessure narcissique et souffrance psychique ...) et processus psychosociologique (discrimination sociale, surprotection familiale...) qui ne font qu'aggraver d'avantage son retard de développement de la pensée et la logique et fixation dans une pensée égocentrique non socialisée, centrée sur le sujet, et la régression à une pensée réflexive en adoptant des conduites archaïques comme des mécanismes de défense

(agressivité, impulsivité...) face à une situation stressante et déstabilisante et avoir recours à une déstructuration de la personnalité de type épileptique.

Notre analyse clinique dévoile des résultats des tests en se basant sur un dualisme de théorie , d'une part l'approche structuraliste de Piaget ou nous supposons que notre cas d'étude n'a pas dépassé le stade préopératoire du au dysfonctionnement des mécanismes et processus qui n'assure pas son évolution, les mécanismes entravés dans leur développement et fonctionnement par la pathologie de l'épilepsie , parmi ses défaillances :assimilation-accommodation, adaptation-équilibre, et décentration ; d'autre part la théorie néo-structuraliste de J.P.Léone par ses opérateurs constructifs qui assurent le bon fonctionnement de la pensée ont montrée également leur entrave au développement et fonctionnement cognitif, parmi eux l'opérateur M espace mentale ou l'épileptique n'a pas l'énergies mentale pour prendre en charge la résolution du problème en maintenant actif les données et les procédures de non- inhibition , en choisissant les processus pertinentes et efficaces, de l'éveil de la pensée.

Pour conclure l'analyse des dysfonctionnements cognitifs doivent dépasser le seul constat de mesurer l'intelligence (analyse quantitative), car il serait plus intéressant de chercher les procédures défaillants qui entrave le développement et le fonctionnement de la pensée chez un groupe d'épileptiques.

## \*Références bibliographique

### \*les ouvrages :

1. Blancet. A ; *Psychologie du développement et psychologie différentielle*, 1 ère Éditions, presses universitaire de France, 2006.
2. Berger.M ; *Les troubles du développement cognitif : approche thérapeutique Chez l'enfant et l'adolescent*, Durand paris, 2004.
3. Bewzner.E : *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*, 2005.
4. Cloutier .R ; *psychologie de l'adolescent*, 2 ème édition, 2000.
5. Délépline .S : *teste du dessin de la famille (éditions et applications Psychologiques)*, paris, 2000.
6. Dolle.J. M ; *pour comprendre Jean Piaget* ,1999.
7. Duâquier, J.Vidence : *en milieu scolaire*, 1ère édition, presses universitaire de France, 1999.
8. Douet. B ; *Evaluer et prendre en charge les troubles de la pensée chez l'enfant (Méthode de développement des contenants de pensée*, Dunod, paris, 2003.
9. Doron.R ; Porot.F : *dictionnaire de psychologie*, 1 ère édition, Puff, 1991.
10. Dupont, S ; Adam C. : *épilepsie (stratégies thérapeutiques chez l'adulte)*, France, 2002
11. Fouchet.ph : *la clinique de l'épilepsie : réintroduire le sujet dans le champ médical*, presses universitaire de rennes, 2003.
12. Géorgieff .N : *apprendre cognitive et clinique du développement (Convergence spécificité neuropsychiatrie de l'enfant et d'adolescent)*, 1997.
13. Graindorge,C : *comprendre l'enfant malade : du traumatisme à la restauration psychique*, Dunod, paris, 2005.
14. Golse.B : *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* ; 3eme édition.2002.
15. Guelfi.j.D : *psychiatrie de l'adulte*, ellipses, 1985.
16. Guidelti.M et tourelle. C : *handicaps et développement psychologique de l'enfant*, Armand Colin .E, 2eme édition, paris, 2002.

17. Laval.V : *la psychologie du développement, modèles et méthodes*, France, 2003.
18. Lehalle.H ; Mellier.D : *psychologie du développement : enfance et adolescence (cours et exercices)* ;Dunod, paris, 2002.
19. Lussier.F ; Flessus, J : *neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*, Dunod, paris, 2001.
20. Margada.P : *manuel de psychologie ( introduction à la psychologie scientifique)*.
- 21.Maset, ph et Houzet.D : *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 2, Maloine S.A éditeur, paris, 1978.
22. Mazet, ph et Houzel.D ; *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 1, 3eme éditions, 1983.
23. Mélése.L. *La psychanalyse au risque de l'épilepsie*, éditions Ères, 2000.
24. Perret- Clerment.A.N ;Nicolet, M & coll ;*interagir et connaitre-l' enjeux et régulations sociales dans le développement cognitif*, Deval, 1988.
25. Perron.R ; *les enfants inadaptés*, 2eme édition, presses universitaire de France,1975.
26. Piaget. J : *six études de psychologie*, 1964
27. Piaget, J : *psychologie de l'enfant*, chapitre V , 1996.
28. polard. A : *l'épilepsie du sujet, études psychanalytiques*, harmattan, paris, 2004.
29. Richard, J,F ; *les activités mental, comprendre, raisonner, trouver des solutions*, Armand 3eme édition colin , paris, 2002.
30. Tribolet,S ; shihidi .M ; *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, éditions heures de France, paris , 2005.
31. Tourelle.C ; guidelle.M ; *Introduction à la psychologie du développement*, Dunod, paris 2000.
32. Wadberg.M ; *Troubles psychique chez les adolescents*, édition du centurion, Paris, 1979.

### **\*les dictionnaires :**

1. Houde.O & all ; *vocabulaire de sciences cognitives*, 1ere édition Puff, 1998.
2. Lafon.R ; *vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, PIF,1963.

### **\*les articles :**

1. Clénet.A ; *Interprétation de l'échelle d'intelligence de Wechsler*, Marseille (France), 2010.
2. Gibello. B : *les dysharmonies cognitive pathologies chez les enfants et adolescents présentant des » troubles des conduites »* ,Chapitre X de l'expertise de l'ISERM, déficit neuro- cognitifs.
3. kohut, H ; *la rage narcissique*, 3 eme partie.
4. Lippé ; lasso.M ; *les conséquences neuropsychologiques de l'épilepsie de l'enfant et d'adolescent*, revue de psychologie, vol 23. N° : 2, 2002.
5. Moritz ; *Développement de la pensée logique, milieu social et scolaire*, revue Français de pédagogie, n° : 65, 1983.
6. Masi.G & all ; *Trouble de l'organisation de pensée dans la psychologie infantile*, institue scientifique Stella maris , Italie .
7. Mounoud.P : *Conscience et intentionnalité dans le développement Cognitif, Conférence internationale sur « évolution and cognition »*, Italie, 1990.
8. Piaget : *Introduction à la fondation jean. Piaget*, 2010.
9. Rousset. P & all : *société de neuro-psychologie de langue française*, SNLF, Réunion de Bron, mai 2001,
10. Rossi.S ; Moutier.S ; *psychologie et neurosciences anatomie fonctionnelle du raisonnement*, chapitre 9.
11. Sockeel, p et Marroc.C : *psychométrie et des tests*, 2007-2008.

### **\*les thèses :**

- 1.Clavel.B ; *Analyse des paliers des régulations intersubjectives, thèse de doctorat eu psychologie*, sous la direction du professeur jean. Maris Dolle, université lumièreLyon 2 (institut de Psychologie).

2. Greppo G : *Analyse des résistances rencontrées chez le sujet dans le diagnostic et la remédiation opératoire en relation avec l'expérience de son milieu ou la socialisation de l'intelligence*, thèse de doctorat en psychologie, Université lumière Lyon 2, 1997.
3. Mamin.S : *psychologie et intégration scolaire, de l'évaluation des compétences cognitives à l'accompagnement thérapeutique*, thèse de doctorat en psychologie, publié et soutenue le 09/01/2009.

## الملخص

هذا البحث يتجلى في تحديد طبيعة و اصل خلل توظيف القدرات المعرفية ( التفكير و المنطق) من خلال تحليل الاستراتيجيات المستعملة لحل المشكل و مستوى نمو التفكير و المنطق عند مرافقة مصابة بالصرع الاساسي و ذلك استنادا بمقاربتين من جهة مقارنة نظرية محضة باعتمادنا على نظرية البنيوية لجان بياجيه و النظرية البنيوية الجديدة لخوان بسكوال ليون و من جهة اخرى المقاربة النظرية الاكلينيكية بغرض تجاوز التقييم الفكري ( حساب حاصل الذكاء فقط) و تحديد الاضطرابات تنظيم الفكر و التفكير المنطقي استنادا ببحوث التي قام بها جيبيلو و بوجيز. الكلمات المفتاحية الصرع الاساسية المرافقة اضطراب تنظيم الفكر و التفكير المنطقي

### Résumé:

Cette recherche consiste à dégager la nature et l'origine du dysfonctionnement des fonctions cognitives (la pensée et la logique) en analysant les stratégies adoptées pour résoudre le problème et le niveau du développement de la pensée et la logique chez une adolescente qui souffre d'une épilepsie essentielle , en se basant sur un dualisme d'approche ; d'une part l'approche théorique en se référant à la théorie structuraliste de J.Piaget et à la théorie néo-structuraliste de J.P.Léone, et d'autre part l'approche théorico-clinique pour dépasser le seul constat d'une évaluation intellectuelle(QIT) et accéder au trouble d'organisation de la pensée et le raisonnement logique en se référant au travaux de B.Gibello et S.Bourges.

Mots clés : épilepsie essentielle, adolescence, trouble d'organisation de la pensée et le raisonnement logique

### Summary:

This research consists in releasing the nature and the origin of the dysfunction of the cognitive functions (the thought and logic) by analyzing the strategies adopted for résoudre the problem and the level of the development of the thought and logic at a teenager who suffers from an essential epilepsy, en basing it self on a dualism of approach; on the one hand the theoretical approach in are réfférent with the structuralist theory of J.Piaget and the theory neos-structuralist of J.P.Léone, and on the other hand the approach théorico-private clinic to exceed the only report of a intellectuelle(QIT) evaluation and to reach the disorder of organization of the thought and the logical reasoning while being réfférent with the joists of B.Gibello and S.Bourges.

Key words :essential epilepsy, adolescence, disorder of organization of the thought and the logical reasoning.