

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

Faculté des sciences humaines et des sciences sociales
Département des sciences sociales
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

fonctionnement mnésique chez le jeune
épileptique

Présenté par :

TEBBAL Fatima Zohra

Sous la direction de :

Professeur Afifa Attar Mecherbet

Membres du jury

- Pr. Bechlarem yahia	Université de Tlemcen	président
- Pr. Afifa Attar Mecherbet	Université de Tlemcen	Encadreur
- Pr. Benchahida Ahmed	Université d'Oran	Examineur
- MC (A) Selka Ahmed	Université D'Oran	Examineur

Année universitaire : 2012-2013

Remerciements :

Mes remerciements s'adresse à Mm mecherbet affifa qui ma orienté et dirigé dans cette thèse.

Je remercie les professeurs qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail , et d'être membres de mon jury de thèse.

Je remercie les amis qui m'ont encouragé à poursuivre et à garder le courage.

Je remercie infiniment ma famille et en particulier mes parents pour leur patience , leur aide et leur soutien quotidienne pendant toutes ces années de travail.

Enfin je remercie, toutes les autres personnes pour leur aide actuelle, et ce qu'elle mon apporté , d'une façon ou d'une autre.

Plan de travail :

La première partie :les déficits mnésiques chez le jeune épileptique ..

Chapitre 1 :la psychopathologie d'épilepsie.

Introduction

1/notion générale sur épilepsie :

1-1-historique de la découverte de la maladie.

1-2- définition de l'épilepsie.

1-3-étiologie de la maladie

1-4-les traitements possibles.

1-5- les méthodes de diagnostic.

2/ épilepsie essentielle chez l'enfant et adolescent .

2-1-les causes de l'épilepsie essentielle .

2-2- les syndromes d'épilepsie essentielle.

2-3-épilepsie généralisée essentielle .

2-4-épilepsie partielle essentielle .

3/épilepsie et les troubles du fonctionnement cognitifs :

Conclusion

Chapitre 2 :l'âge de l'adolescence et la pathologie d'épilepsie :

introduction

1/ l'adolescence :1-1-définition de l'adolescence.

1-2-les caractéristiques de cette période.

1-3-le développement de l'adolescence.

2/Adolescent épileptique :

2-1-un enfant épileptique qui devient adolescent épileptique.

2-2-les répercussions de l' épilepsie sur la vie du jeune épileptique :

2-2-1-les répercussions psychologiques.

2-2-2-les répercussions sur le milieu familial.

2-2-3-les répercussions sur le milieu social.

2-2-4les répercussions sur le milieu scolaire.

3/l'impact de l'épilepsie sur le développement du jeune épileptique.

3-1-sur le développement physique.

3-2-sur le développement psychosocial.

3-3-sur le développement cognitif.

Conclusion.

Chapitre 3 :le fonctionnement mnésique chez épileptique.

Introduction.

1/généralité sur la mémoire :

1-1-Approche Importantes de la mémoire. :

la mémoire autant que processus psychologique.

La révolution behavioriste.

La révolution cognitive.

La révolution biologique.

1-2-définition de la mémoire.

1-3-les différents forme de la mémoire .

1-4-le model d'atkinson et schiffirin.

1-5-la mémoire de travail.

1-6-les troubles de la mémoire.

2/l'étude de la mémoire et l'épilepsie :

2-1-les caractéristiques du dysfonctionnement mnésique.

3/l'épilepsie et le dysfonctionnement de la mémoire. :

Les facteurs de l'épilepsie.- d'autre facteurs.

3-2- les étapes de processus mnésique déficitaire.

3-3- les principaux troubles de la mémoire éprouvé par les personnes atteintes d'épilepsie :les troubles de souvenirs_

deuxième partie :méthodologie et démarche d'approche :

chapitre 1 :la méthodologie clinique.

introduction .

1-définition de l'approche clinique .

2-les outils de la recherche :

a- les entretiens.

b- les observations.

c- les tests utilisées :

- l'échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée WMS-R.
- le test de FAT :les test d'aperception de la famille .

WMS-R :-intérêt du choix du test .

-définition du test .

-biographie de l'auteur « Wechsler ».

- les subtests de MEM-R.
- la description des subtests .
- les axes clinique de mémoire de Wechsler .
- des indices adéquats par rapport au subtest ;WMS-R

FAT : présentation du test d'apperception de la famille.

Conclusion.

Chapitre 2 :les études de cas :

1/le récit biographique du premier cas :

- *l'apprentissage et développement .
- *l'apprentissage scolaire .
- *l'apprentissage mnésique.

2/ le récit biographique du deuxième cas :

- *l'apprentissage et développement .
- *l'apprentissage scolaire .
- *l'apprentissage mnésique.

3/passation du test :pour le premier cas .

Pour le deuxième cas.

Chapitre 3 :les résultats des tests et analyse .

1/l'échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée.

1-1-le premier cas :

*les résultats du test MEM-R pour le premier cas « N ».

*analyse et discussion « N ».

1-2-le deuxième cas :

*les résultats du test MEM-R pour le deuxième cas « K ».

* Analyse et discussion « N ».

2/le test du FAT :le test d'apperception de la famille :

*passation et résultats pour le cas « N ».

*passation et résultats pour le cas « K ».

3/conclusion générale.

Troisième partie :le rapport au milieu socio familial et le dysfonctionnement de la mémoire.

Chapitre1 : détachement socio familial et amnésie de fixation .

Introduction .

1-le retrait socio familial :

1-1-notion de honte chez adolescent et milieu social .

1-2-négligence de la famille :

1-2-1 *ne rien savoir pour ne rien ressentir.

1-2-2*le milieu familial du cas « N ».

2-amnésie de fixation :

2-1-définition de l'amnésie de fixation .

2-2-la description de l'amnésie du cas « N » .

3-le profil de la construction de la personnalité du cas N.

Chapitre2 :les difficultés mnésiques et soutien socio-familial :

Introduction

1-Surprotection du milieu familial.

2-le milieu familial du cas « K ».

2-1-comportement des parents .

2-2- comportement de la fratrie .

3-les difficultés mnésiques chez le cas « K » .

4-Impact du soutien familial sur la scolarisation du cas « K » :

4-1- le rendement scolaire .

4-2-vie scolaire et camaraderie.

5-le profil de la construction de la personnalité du cas K.

Chapitre 3 : impact de l'apprentissage et le rôle du milieu socio familial :

Introduction

1- les indices de la structuration mnésique.

Le seuil perceptif du premier cas .

Le seuil perceptif du deuxième cas .

2- Le traitement mental de la mémoire .

3- Le rôle du milieu socio familial « les deux cas clinique.

4- Comparaison entre les famille des deux cas.

Conclusion générale.

Les annexes .

Introduction :

Nombreux sont les auteurs qui ont travaillé sur la fonction de la mémoire dans la pathologie d'épilepsie .

Nous devons noter que la mémoire est l'une des fonctions les plus importantes et l'une des propriétés les plus fondamentales du cerveau ; elle permet d'enregistrer , de stocker et de restituer les informations , cette fonction s'avère particulièrement précaire dans le cas du dysfonctionnement du système nerveux central présent dans la pathologie de l'épilepsie.

Notant que cette dernière se définit comme étant une pathologie qui se manifeste par des crises accompagnées ou non de perte de conscience.

On parle réellement de l'épilepsie qu'en cas de crises qui reviennent durant plusieurs mois ou plusieurs années .

les rapports entre mémoire et épilepsie sont très complexes , l'épilepsie influence la mémoire d'une part et d'autre part atteint le cerveau , par ses crises répétitives , ceci peut avoir un retentissement important sur les cellules nerveuses donc sur la fonction mnésique et d'autre fonctions comme la concentration , l'attention ; l'apprentissage .

Toute fois , être adolescent et avoir une épilepsie ce n'est pas seulement avoir ou ne plus avoir de crises , le vécu de la pathologie s'avère d'autant plus douloureux que l'édifice du moi se fragilise .

Quelque soit l'origine des troubles de la mémoire engendrés par la pathologie , ceux-ci peuvent avoir un impact sur la vie quotidienne ainsi que sur les activités social , scolaires et professionnels affectant donc profondément la qualité de vie du jeune épileptique .

Le but de notre recherche c'est d'étudier le fonctionnement mnésique chez le jeune épileptique et en d'autres termes observer les répercussions mnésiques et leurs désordres favorisés par la pathologie de l'épilepsie .et pour cela , on s'est basé sur deux problématiques importantes ;

Est-ce que le déficit mnésique à un retentissement sur l'apprentissage notamment apprentissage scolaire ? et pour cela nous avons proposé deux hypothèses secondaire :

A-Est-ce que l'apprentissage mnésique détaché élémentaire de la vie domestique et ménagère se fructifier et atténue l'intensité du déficit mnésique de l'épilepsie ?dans souffre le premier cas.

B- Est ce que une mémoire d'apprentissage scolaire déficitaire suite a l'épilepsie permet à installation un modèle mnésique spécifique aux difficultés du deuxièmes cas ?ver qu'elle effort et de quel nature est capable de rentabilisé un potentiel mnésique ?

Afin de trouver des réponses possibles aux problématiques décrites ci-dessus , nous avons opter pour la méthodologie clinique qui consiste à l'étude de deux cas épileptiques et la passation de deux tests ,l'un cognitif pour mesurer la fonction de la mémoire par l'échelle clinique de la mémoire de Wechsler forme révisée et l'autre projectif ,le F A T le test d'apperception de la famille .

Nous avons examiné deux adolescents atteints de la pathologie d'épilepsie , et cela grâce aux entretiens cliniques tenus avec des membres de familles .

Notre travail comporte trois parties , comprenant chacune trois chapitres, un enchaînement bien précis , dont nous faisons un résumé ci –dessus :

La première partie intitulée : le déficit mnésique chez le jeune épileptique , elle a pour objectif d’apporter un éclairage théorique sur la psychopathologie de l’épilepsie et le fonctionnement mnésique .Le passage de la pathologie de l’épilepsie de l’âge de l’enfance à l’âge de l’adolescence , ainsi que l’étude des rapports entre la pathologie de l’épilepsie et le fonctionnement mnésique.

La deuxième partie intitulée :méthodologie et démarches d’approches , cette partie prend en charge les outils cliniques a savoir l’échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée , et l’analyse des deux cas clinique.

La troisième partie : le rapport du milieu socio familial et le dysfonctionnement de la mémoire. Cette partie présente la synthèse des éléments recueillis durant l’étude théorique et clinique dans la réalisation de ce mémoire.

Première partie :les déficits mnésiques chez le jeune épileptique

Chapitre 1 :la psychopathologie de l'épilepsie.

Introduction :

L'épilepsie est une maladie chronique caractérisée par la répétition de manifestations cliniques paroxystiques. Ces crises se traduisent par une modification brutale de la conscience et du comportement du malade. Elles sont la conséquence d'un dysfonctionnement cérébral généralisé ou localisé dû à une décharge électrique anormale. L'épilepsie peut être d'origine génétique ou lésionnelle. Toute les lésions cérébrales, tumeurs, dysplasie ¹, infections,... peuvent provoquer des crise d'épilepsie.

Le traitement des crises d'épilepsie est d'abord médicamenteux. Ce traitement s'adresse aux patients souffrant de crises partielles, c'est-à-dire en rapport avec un dysfonctionnement initialement localisé du cortex cérébral. dans certaines conditions, on peut proposer un traitement chirurgical Le traitement chirurgical impose de localiser précisément la topographie du foyer épileptogène qui correspond à un volume cortical dont l'exérèse ² permet la suppression des crises.

Dans ce chapitre ,On va étudier des notions générales sur épilepsie Elles sont rassemblées suivant :l'histoire de la découverte de la maladie. Sa définition ,ses causes et les solutions thérapeutiques , ensuite une présentation des méthodes de diagnostic existante Actuellement, le diagnostic de localisation se base sur un ensemble de modalités très diverses, telles que l'observation du comportement du patient pendant une crise, ou encore l'étude de son IRM et des signaux électro physiologiques. En effet ,Ces signaux peuvent être enregistrés de différentes manières.

1-Notions générales sur l'épilepsie :

1-1-Historique de la découverte de l'épilepsie :

¹ dysplasie :est un terme médical désignant un trouble du développement ,ce terme s'applique bien aux cellules « dysplasie cellulaires »qu'a la morphologie générale, comme dans le cas des anomalies des structures osseuses du crane.

² Exérèse :synonyme ablation ,ablation d'un organe ou extraction d'un corps étranger.

Le nom de cette pathologie vient du grec epilêpsia (action de saisir, de mettre la main sur quelque chose, attaque, interception, arrêt soudain). Mais l'épilepsie était déjà connue des Babyloniens dans le Code d'Hammurabi sous la dénomination de "benu", et chez les égyptiens dans le Papyrus Ebers sous la dénomination de "nsjt".

Le premier vrai traité sur l'épilepsie est attribué à Hippocrate (De la Maladie sacrée)

mais ce n'est qu'au XVI^e siècle que Cardan et surtout Gabuccini vont écrire, toujours

en latin, des ouvrages plus complets sur l'épilepsie. La première publication en langue française qui ne soit pas une traduction des auteurs classiques, est celle de Jean Taxil en 1602 (Traité de l'Épilepsie, Maladie vulgairement appelée au pays de Provence, la gouttée aux petits enfants)(titre original).

Jusqu'à la fin du Moyen-Âge, on pensait que cette maladie était en fait la conséquence d'une possession démoniaque, empêchant toute progression significative dans la compréhension scientifique de la maladie. Puis au XVIII^e siècle, une première approche scientifique a vu le jour avec le traité d'épilepsie de Tissot (1770).

Depuis, un intérêt certain pour cette maladie est né. Pendant la première moitié du

XIX^e siècle, les progrès sont importants dans la terminologie, dans la neuropathologie et dans le traitement de l'épilepsie. Vers la fin de ce siècle, grâce à l'essor des technologies médicales, des avancées majeures dans les connaissances des épilepsies ont été réalisées.

Ainsi, nous pouvons dire que nous sommes entrés dans l'ère moderne du traitement chirurgical de l'épilepsie avec Sir Victor Horsley qui a réussi une résection de la zone épileptogène de trois patients en 1886 .

Des avancées au niveau du diagnostic ont vu le jour, grâce à l'introduction des ElectroEncéphaloGrammes (EEG) chez l'homme par Hans Berger en 1929 qui ont permis une nouvelle approche de la compréhension de la maladie.

Depuis, la maladie n'a pas cessé d'être l'objet de recherches dans tous les domaines, aussi bien médicaux que techniques. Cela a permis

d'améliorer les traitements proposés aux patients grâce à l'essor de la pharmacologie et de la neurochirurgie. Les nouvelles découvertes technologiques et l'amélioration des méthodes d'imagerie ont perfectionné le diagnostic.³

1-2-Définition de l'épilepsie:

L'épilepsie est une maladie mentale car elle a une physionomie clinique psychique et une étiopathogénie cérébrale que le EEG a permis de préciser. L'épilepsie est susceptible d'une définition physiologique ; c'est la

³ C.DRAVET comprendre l'épilepsie ; « notion élémentaire sur épilepsie et les épilepsies.

décharge en masse d'un groupe de neurones cérébraux momentanément affectés d'une synchronie excessive, elle est susceptible d'une définition neurologique ; ce sont les manifestations convulsives de cette hyper synchronie, ou leur équivalents et une définition psychiatrique ; se sont les aspects de la déstructuration de la conscience qui sont en rapport avec les crises et accidents comitiaux et d'autre part les modifications de la personnalité qui sont éventuellement associées à des troubles⁴

Les symptômes cliniques des crises d'épilepsie sont très divers, bien qu'ils aient tous une origine physiopathologique similaire. En effet, selon H. Jackson, l'épilepsie correspond "à la survenue épisodique d'une décharge brusque, excessive et rapide d'une population plus ou moins étendue des neurones qui constituent la substance grise de l'encéphale". La décharge est un terme couramment employé par les neurologues et son choix s'explique par l'analogie faite entre un système électrique et le cerveau. Une décharge électrique est donc considérée comme une impulsion électrique très importante qui engendre un total dysfonctionnement des neurones qui se mettent à fonctionner de manière anormale et incontrôlable. L'avènement des techniques modernes d'exploration comme l'Electro Encéphalographie(EEG) et la multiplication des études sur le sujet ont confirmé que cette conception de la maladie était bien fondée.⁵

La localisation de la décharge électrique dans le cerveau va conditionner les signes cliniques qui seront différents d'une localisation à l'autre. L'analyse électro clinique des crises a permis d'établir, en 1981, une classification internationale des crises d'épilepsie⁶.

⁴ **henry ey** :manuel de psychiatrie. paris new York Barcelone Milon 1978.

⁵ J. Cambiez, M. Masson, and H. Dehen. Abrégés de Neurologie. Paris : Masson, 2000.

⁶ Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy : Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures .epilepsia , 22 :489–501, 1981

Cette classification distingue principalement trois groupes de types de crises :

– les crises généralisées, – les crises partielles, – les crises fonctionnelles.

Les premières sont caractérisées par une décharge qui dès le départ de la crise se propage dans les deux hémisphères et intéresse donc l'ensemble du cortex. La perte de connaissance est l'expression clinique la plus commune de ces crises. Les manifestations motrices et végétatives associées permettent de différencier plusieurs types de crises dont la crise généralisée tonico-clonique (crise convulsive), celle à laquelle on pense immédiatement en évoquant la maladie, et les non convulsives dont les caractéristiques sont de brèves absences.

Dans les crises partielles ou focales la décharge est initialement circonscrite à un volume cortical restreint. Il existe aussi des crises simples sans aucune modification de la conscience et des complexes avec altération de la conscience.

Les crises fonctionnelles que l'on pourrait définir en précisant ; soit l'altération d'une fonction délimitée dans le corps humain c'est donc, en rapport à l'identification du dysfonctionnement psychomoteur localisé accompagné par des épisodes d'absence que l'examen psychopathologique de la maladie pourrait être traité.

Soit en rapport au déficit d'un fonctionnement liée à l'apprentissage telle que la fonction de la mémoire qui est présente chez nos deux cas d'étude.

1-3- étiologie de la maladie :

Les causes de l'épilepsie sont variées et se classent en trois groupes)⁷

1-3-1 • Les épilepsies symptomatiques :

Elles sont provoquées par des lésions cérébrales. Certaines de ces lésions sont congénitales, présentes avant la naissance, comme des malformations cérébrales, des séquelles de maladies infectieuses à l'instar de la toxoplasmose ou de la rubéole, ou des maladies

⁷ Landre E . quelles sont les causes de l'épilepsie ? épilepsie-guide de l'usage des patients et de leur entourage. bash, 2005, p34-5.

métaboliques. D'autres lésions surviennent au cours d'un accouchement difficile suite à manque d'oxygène ou à une hypoglycémie. D'autres encore font leur apparition bien après la naissance, par exemple à la suite d'un traumatisme crânien ou en raison d'une tumeur.

1-3-2• Les épilepsies idiopathiques :⁸

Le plus souvent bénignes, ces épilepsies ne s'accompagnent pas de lésion, ni d'autres symptômes que les crises. Elles semblent reposer sur des prédispositions génétiques. Le plus souvent, leur mode de transmission est très complexe, impliquant plusieurs gènes. C'est précisément l'interaction entre ces gènes et l'environnement qui entraînerait la survenue d'une épilepsie.

1-3-3• Les épilepsies dites « cryptogéniques » :

L'origine de ces épilepsies reste inconnue à ce jour .Aucune cause précise ne peut être identifiée. Des lésions cérébrales sont suspectées mais ne peuvent être mises en évidence avec les moyens diagnostiques actuels.

2*L'épilepsie idiopathique chez adolescent :

L'adolescence est une époque charnière dans le déroulement de l'épilepsie ;certaines débutent dans cette tranche d'âge , d'autre y arrêtent , certaines enfin persistent , décevant l'espoir de voir guérir une maladie ayant débute dans l'enfance et soulignant le caractère chronique de nombreuses situations cliniques qui ignorent les tranches d'âge légales.⁹

2-1-les causes de l'épilepsie idiopathique :

Par définition, l'épilepsie idiopathique ne comporte aucune cause sous-jacente apparente, comme un problème de structure du cerveau ou un trouble métabolique. Il est possible que l'épilepsie idiopathique soit causée par de minuscules anomalies au niveau cellulaire. Nous sommes en train d'apprendre que beaucoup de syndromes d'épilepsie idiopathique, mais pas tous, sont liés à un élément génétique.

⁸ Patrick alvin :l'annonce du handicap a l'adolescence « ap-hp « 1999

⁹ Patrick alvin :l'annonce du handicap a l'adolescence « ap-hp « 1999.

2-2-Les syndromes d'épilepsie idiopathique :

Les syndromes d'épilepsie idiopathique comprennent les éléments suivants :

- épilepsie infantile bénigne à pointes rolandiques (EIBPR);
- épilepsie infantile bénigne à paroxysmes occipitaux;
- convulsions néonatales familiales bénignes;
- convulsions néonatales bénignes;
- épilepsie myoclonique bénigne du nourrisson;
- absence épileptique chez l'enfant;
- absence épileptique juvénile;
- épilepsie myoclonique juvénile.

2-3-Epilepsie généralisée idiopathique :

Les types de crises affectant les patients atteints d'épilepsie généralisée idiopathique incluent:

- Crises myocloniques (mouvements saccadés des extrémités, subites et de très courte durée)
- Crises d'absence
- Crises tonico-clonique généralisée (crise grand mal)

L'épilepsie idiopathique généralisée est habituellement traitée avec des médicaments. Pour certaines formes les médicaments ne sont pas efficaces, comme c'est le cas avec les absences de l'enfance et une grande partie des patients avec une épilepsie myoclonique juvénile.

2-4-Épilepsie partielle idiopathique

L'Épilepsie partielle idiopathique commence dans l'enfance (entre 5 et 8ans) qui ont une histoire familiale d'épilepsie. appelée aussi épilepsie focale bénigne de l'enfance (bfec), cela est considéré comme l'un des types les plus bénins de l'épilepsie. Ils disparaissent presque toujours à la puberté et ne sont jamais diagnostiqués chez l'adulte.

Les convulsions ont tendance à se produire pendant le sommeil et sont le plus souvent des crises motrices partielles simples qui impliquent le visage et secondairement généralisées (grand mal). Ce type d'épilepsie est habituellement diagnostiqué avec un EEG.

1-4-Les traitements possibles :

pour soigner les patients épileptiques, le traitement est d'abord médicamenteux. En cas d'échec de ce traitement on propose un traitement chirurgical.

1-4-1-Traitement médicamenteux :

Le traitement des crises d'épilepsie repose en premier lieu sur des médicaments bloquant la décharge cérébrale électrique à l'origine des crises. Ces antiépileptiques sont divisés en deux grands groupes : les plus anciens ou « classiques » commercialisés avant 1990, et les « nouveaux » mis sur le marché après cette date. Parmi les antiépileptiques classiques et encore utilisés ,figurent notamment le phénobarbital, la phénytoïne, la carbamazépine, les benzodiazépines et le valproate de sodium .Le groupe des nouveaux antiépileptiques inclut, entre autres, le vigabatrin, la tiagabine, la gabapentine, lalamosigine, le topiramate, l'oxcarbamazépine et le levetiracetam.

Principe d'administration : Avant de débiter le traitement, le médecin doit s'assurer qu'il a posé le bon diagnostic. Pour choisir le médicament le plus adapté à votre épilepsie, il se base sur votre âge et votre sexe, le type de vos crises et la cause de votre maladie. En règle générale, les médecins prescrivent d'abord un traitement comportant une seule molécule : la monothérapie. Ils en augmentent progressivement la dose pour atteindre le maximum d'efficacité en minimisant les effets indésirables¹⁰

Effets indésirables : la prise d'antiépileptiques peut s'accompagner d'effets indésirables. Vous trouverez la liste de tous les effets indésirables sur la notice des médicaments. Il s'agit d'une obligation légale imposée au laboratoire pharmaceutique qui commercialise le produit. Certains antiépileptiques peuvent provoquer une allergie cutanée¹¹ avec apparition de boutons et de démangeaisons. Un autre effet fréquemment rencontré avec les antiépileptiques est la fatigue. Surtout présente au début du traitement. D'autres effets indésirables peuvent apparaître : perte ou prise de poids, tremblements, troubles de l'équilibre, troubles du comportement¹².

1-4-2-Traitement chirurgical :

Près de 10 à 20 % des patients ne répondent pas au traitement médicamenteux. Un traitement chirurgical peut être proposé à certains patients, notamment à ceux souffrant de crises liées à une lésion cérébrale localisée. Dans ce cas, l'ablation chirurgicale du foyer épileptique peut conduire à une amélioration des symptômes(02). Certains de ces patients n'ont plus de crises après l'intervention même si beaucoup d'entre eux doivent continuer à prendre des médicaments antiépileptiques. Comme ce type de traitement nécessite des examens très spécialisés et un suivi étroit, il doit être réalisé dans des centres spécialisés en épileptologie. Stimulation du nerf vague La stimulation

¹⁰ Landré E. Quels sont les moyens pour traiter les crises d'épilepsie ? Dans : Epilepsies – Guide à l'usage des patients et de leur entourage. Bash, 2005, p. 86-8.

¹¹ Beers M. Epilepsie. Dans : Manuel Marck – 4ième édition, d'Après, 2008, p. 1822 – 34

¹² Landré E. Quels sont les effets secondaires des médicaments ? Dans : Epilepsies – Guide à l'usage des patients et de leur entourage. Bash, 2005, p. 93

électrique intermittente du nerf vague peut être proposée à des patients qui ne répondent pas au traitement classique et chez qui une chirurgie classique est impossible. La méthode consiste à délivrer une stimulation électrique au niveau du nerf vague, sur son trajet le long du cou à gauche. A cet effet, un dispositif ressemblant à un pacemaker est mis en place dans la salle d'opération. Les complications sont minimales. Les effets indésirables incluent principalement, une voix rauque pendant la stimulation et de la toux¹³

1-5-Les méthodes de diagnostic :

1-5-1-données cliniques :

Les données cliniques sont les premières informations recueillies lorsqu'un patient se présente pour un diagnostic de son épilepsie. Elles regroupent les résultats d'un ensemble de tests et de questions permettant de rapidement donner des pistes sur le type d'épilepsie ou au moins de privilégier certains axes de recherche des causes de la maladie. On peut distinguer 4 catégories :

– L'historique de la maladie du patient : Le neurologue essaie, en interrogeant

le patient et sa famille, de déterminer les origines éventuelles de la maladie (âge

d'apparition des premiers symptômes, chutes, traumatismes crâniens, antécédents

familiaux, etc...),

– La sémiologie d'une crise type : Le patient et son entourage tentent de décrire le déroulement des crises (spasmes, absences, chutes, convulsions, ...). Cette sémiologie sera à nouveau décrite par les neurologues lors de l'hospitalisation en EEG-, afin de l'affiner. La manière dont se déroulent les crises permet dans bien des cas de donner une approximation de la localisation du foyer épileptogène,

– L'examen neurologique : Il consiste en une batterie de tests qui servent à déterminer les déficits éventuels dans les fonctions neurologiques du patient. Les fonctions testées sont principalement les fonctions motrices et sensorielles,

¹³ Landré E. Qu'est-ce que le traitement par stimulation électrique du nerf vague ? Dans : Epilepsies – Guide à l'usage des patients et de leur entourage. Bash, 2005, p. 106.

– L'examen neuropsychologique : Celui-ci est indissociable de l'examen neurologique. Il est axé sur le test des fonctions supérieures (langage, capacités visuelles et spatiales, fonctions exécutives et principalement mémoire). Des déficits dans l'une ou l'autre de ces fonctions permettent d'émettre un diagnostic quant à la zone hémisphérique dans laquelle se situe le siège des crises.

1-5-2-Données anatomiques et fonctionnelles :

Les données anatomiques permettent de mettre en évidence l'existence ou non des structures cérébrales endommagées et donc de connaître le foyer lésionnel susceptible de générer les crises d'épilepsie. Ces données sont enregistrées grâce à plusieurs modalités d'imagerie cérébrale .

*Le Scanner : Les indications actuelles de la scanographie en matière d'épileptologie peuvent être schématisées en 3 groupes (M. Weber et Coll 1990)

- indications superflues : les épilepsies généralisées et partielles idiopathiques .

- indications raisonnables , n'entraînant certes généralement pas de conséquences pratiques, mais permettant de préciser les lésions responsables (épilepsie post-traumatique, encéphalopathies épileptogènes...) et leur topographie.

- indications impératives : lorsqu'il existe un problème étiologique. surtout lorsqu'il s'agit d'une épilepsie d'apparition tardive chez un adulte, que sa sémiologie est partielle et dominée par la crainte de l'existence possible d'un processus tumoral responsable de cette manifestation.

La technique de réalisation de l'examen scanographique dépend du contexte clinique. Les coupes avant injection de produit de contraste iodé sont importantes pour objectiver d'éventuelles calcifications.

L'examen IRM : est l'examen morphologique le plus performant. Il peut être pratiqué en première intention en cas d'accès facile à un appareillage IRM, ou en deuxième intention pour des indications sélectionnées (épilepsie focalisée tardive à scanner normal, bilan préopératoire d'une lésion organique, épilepsie focalisée ancienne à

scanner normal rebelle au traitement médical et pour laquelle un traitement chirurgical pourrait être mis en œuvre

(Froment et coll. 1992)

L'électrophysiologie :EEG :

La technique de *l'EEG quantifié* a été rendue possible par l'essor de la micro-informatique permettant l'utilisation des méthodes de traitement du signal. L'analyse spectrale permet d'obtenir, après traitement mathématique du signal temporel (EEG), un spectre de puissance qui précise la puissance de chacune des fréquences composant ce spectre. Il est possible de représenter la distribution topographique de ces puissances sur le scalp. On obtient alors une *cartographie EEG* réalisée à partir des puissances spectrales des signaux recueillis par chaque électrode (Pr Rondot, J. Gaches, C. Sebban, 1987). Dans le domaine de l'épilepsie, cartographie EEG, scanner et/ou IRM affirment leur complémentarité (J. Gaches, D. Frédy, 1986). Lorsque la Cartographie montre la focalisation (épileptogène) et que l'examen morphologique objective une lésion (dont il évoque de plus la nature), il s'agit bien d'une épilepsie secondaire symptomatique ; lorsque l'examen morphologique reste muet là où la cartographie objective localise la décharge (essentiellement focalisée), on est bien en présence, dans la grande majorité des cas au moins, d'une épilepsie primaire. L'importance de ces données quant à l'orientation thérapeutique est fondamentale.¹⁴

¹⁴ IMAGERIE DE L'EPILEPSIE [D. FREDY - Hôpital Saint Anne - Paris](#) JM CAILLE - Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux

3- L'épilepsie et Les Troubles du fonctionnement cognitif :

Se traduisant par une certaine lenteur, des difficultés d'attention ou de mémoire, une limitation des performances intellectuelles et un manque de dextérité manuelle pouvant engendrer des difficultés d'apprentissage. Les enfants avec une épilepsie peuvent présenter un ou plusieurs des troubles. Chez ceux qui présentent des épilepsies frontales ou temporales, les problèmes seront plutôt d'ordre comportemental. De fait, il n'est pas possible de faire des généralités : à chaque enfant son épilepsie, et ses réactions, face à l'épilepsie. Car tout dépend de la zone cérébrale en cause, de l'âge de l'apparition de la maladie, des effets des traitements, mais aussi du contexte social, familial et de la façon dont l'enfant vit sa maladie.¹⁵

3-1-Troubles de l'attention ; bien que cette fonction n'ait pas été investiguée de façon précise, il semblerait que toute forme d'épilepsie affecte invariablement les processus attentionnels, indépendamment des régions cérébrales impliquées. L'ampleur des troubles attentionnels et en général cognitifs des patients serait toutefois liée à une variété de facteurs incluant le type, la fréquence, la durée des crises, l'âge

¹⁵ thomas Will : epileptologie : troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements .2008

d'apparition des crises, l'étendue et la localisation neuro anatomique de la lésion épileptogène ainsi que l'utilisation d'anticonvulsivants. De toute évidence, les patients atteints d'épilepsie réfractaire sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'attention que ceux dont l'épilepsie est bien contrôlée.

3-2-Trouble de la mémoire : il est admis que la fonction mnésique est probablement la fonction cognitive la plus souvent altérée et la neuropsychologie de l'épilepsie chez l'adulte consacre la majorité de ses travaux à l'étude des troubles de mémoire dans l'épilepsie temporale (Elger et al., 2004). Chez l'enfant, l'épilepsie constitue une maladie neurologique particulièrement fréquente, qui affecte un cerveau en cours de développement, et s'accompagne souvent de troubles du développement neurocognitif (Jambaqué et al., 1997). Comme le processus épileptique est susceptible d'interférer avec la maturation cérébrale, on a longtemps cru que l'épilepsie infantile ne pouvait entraîner qu'une atteinte indifférenciée du rendement intellectuel et du comportement. Cependant, de façon récente, la neuropsychologie développementale permet d'envisager une certaine modélisation des troubles cognitifs associés aux épilepsies infantiles en individualisant des profils de troubles spécifiques en rapport avec le type d'épilepsie et son âge de début (Jambaqué, Lassonde et Dulac, 2001). Plus particulièrement, les enfants souffrant d'épilepsie focale - notamment du lobe temporal - sont souvent confrontés à des troubles d'apprentissage malgré un niveau intellectuel normal.

Il existe vraisemblablement une grande variété de troubles de mémoire en fonction de l'impact topographique et de l'intensité de l'activité épileptique. L'axe symptomatique distingue les épilepsies focales ou « partielles » - provenant d'une région limitée des structures corticales - et les épilepsies généralisées tandis que l'axe étiologique individualise les épilepsies idiopathiques (sans cause apparente, en rapport possible avec un facteur génétique et fortement liées à l'âge) et les épilepsies symptomatiques et/ou cryptogéniques (c'est-à-dire démontrées ou suspectées être « lésionnelles ») (Dulac, 2001).¹⁶

¹⁶ / thomas Will : epileptologie : troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements .2008

Chapitre 2 : l'âge de l'adolescence et la pathologie de l'épilepsie

1-1-Définition de l'adolescence :

Sur le plan psychologique, Store & Church (1973, pg 21) présentent l'adolescence comme :« Un état d'esprit, une manière d'être qui débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action. C'est à dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte » .

L'adolescence se situe entre l'enfance et l'âge adulte . elle débute avec les premiers signes physiques de la maturité sexuelle et se termine avec l'accomplissement social que constitue le statut d'adulte indépendant.

L'adolescence est souvent marquée par des changements d'humeur, cependant pour beaucoup c'est aussi ,une période de vitalité sans les soucis de l'âge adulte, un moment d'amitiés chaleureuses , une période d'idéalisme et d'intenses excitations pour toute les possibilités offertes par l'existence.¹⁷

1-2-Les caractéristiques de cette période(adolescence) :

l'adolescence est caractérisée par de profondes transformations. Physiques, psychologiques et sociales.

¹⁷ Cloutier .R « psychologie de l'adolescence »Québec, Gaetan Morin 1982.

Elle débute à un moment précis, variable en fonction des individus, déterminé par l'apparition de certaines transformations : l'accélération rapide de la croissance du squelette et les débuts du développement sexuel sur le plan physique ; l'accélération du développement cognitif et la consolidation du futur rôle du jeune adulte.

Il faut distinguer la puberté qui est un processus physique de transformation caractérisé par le développement des caractères sexuels secondaires et l'adolescence qui correspond à l'adaptation de la personnalité à tout ces transformations.

1-3-Le développement de l'adolescence :

***développement physique** ; selon la manière dont les autres réagissent , une maturation précoce ou tardive peut influencer l'adaptation . certaines filles commencent leur poussée de croissance a l'âge de 9 ans , alors que certains garçon ne la débutent pas avant 16 ans . De telles variations n'ont que peu d'influence sur la taille définitive, mais peuvent avoir des conséquences sur le plan psychologique. Les études réalisées montrent qu'une maturation précoce est un avantage pour les garçons. pour les filles , une maturation précoce peut être stressante , Pour que l'ajustement se fasse sans heurts , ce qui compte ce n'est pas uniquement l'âge de la maturation elle-même, mais aussi la façon dont les gens autour d'eux réagissent à leur développement physique.¹⁸

***développement cognitif** : le mode de pensée opérationnel formel, qui fait intervenir une logique déductive, débute invariablement dans l'adolescence. Au début de l'adolescence , la pensée devient abstraite conceptuelle et orientée vers le futur (stade des opérations formelles). a ce moment –la de nombreux adolescents montrent une remarquable créativité qu'ils expriment par l'écriture, la musique : l'art et la poésie. La créativité s'exprime aussi par les sports , par l'intérêt de l'adolescence au monde des idées aux questions humanitaires, morales ; d'éthique et de religion , Tenir un journal personnel est un moyen d'expression fréquent pendant cette période.(Piaget 1963)

La capacité croissante des adolescents à raisonner , leur confère un degré plus élevé de conscience sociale et de jugement moral .alors que

¹⁸ Claes ,M « l'expérience adolescent » bruxelle .Mardaga 1983

les jeunes adolescents commencent à imaginer ce que d'autres peuvent penser d'eux .en même temps que leurs capacités cognitives murissent , de nombreux adolescents commencent à penser à ce qui est idéalement possible et à critiquer leur société , leurs parents et même leurs propre défauts.

***développement psychosocial :** Sur le plan identitaire, l'adolescence représente une période au cours de laquelle l'identité personnelle, c'est-à-dire l'ensemble des croyances, des sentiments et des projets rapportés à soi, subit une évolution importante. L'individu au cours de cette période cherche à se construire en tant qu'individu, à se définir en tant que personne. Il se livre comme le souligne Erickson (1972) dans la quête d'une définition de soi.¹⁹

En ce qui concerne le repères d'identification chez l'adolescent épileptique , il faut tenir compte du moment auquel débute l'épilepsie ,une perturbation dès le jeune âge ; n'aura pas le même effet que lorsque la maladie apparaît chez un adolescent ayant déjà élaboré une personnalité équilibrée .La relation fusionnelle de la mère avec son enfants sera parasitée par l'existence des crises ,c est donc dans cet ensemble familial puis social que se réalise la satisfaction de tous les besoins partagés, c'est là que se réalise la créativité portée par l'affection mutuelle ,reconnue.

*** Le développement de la socialisation à l'adolescence : Le milieu familial**

Cloutier (1985) définit la socialisation comme le processus d'acquisition de comportements, d'attitudes et des valeurs nécessaires à l'adaptation sociale de l'individu. Le développement de la socialisation à l'adolescence est marqué par les relations au sein du cercle familial (intra familial) mais surtout par les relations avec les individus rencontrés en dehors du cercle familial .

En psychologie du développement, les relations familiales et les relations avec les groupes des pairs représentent les deux univers autour desquels s'articule la socialisation de l'adolescent. Les relations familiales sont

¹⁹ Claes ,M « l'univers social des adolescents ».Québec ,Presses université de Montréal 2003.

caractérisées par deux éléments essentiels : L'attachement et le contrôle parental. Tandis que les relations avec le groupe des pairs se basent sur des liens de réciprocité et de mutualité (Claes, 2003).

Concernant l'attachement et le contrôle parental se sont deux indices de mesure qu'on a trouvé chez le deuxième cas « K » QU'ON VA APPROFONDIR DANS LA TROISIEME PARTIE.

Dans la socialisation de l'adolescent, les parents ont surtout pour fonction de favoriser chez l'individu jeune le respect des normes sociales qui favorisent leur pleine intégration dans la société. Par ailleurs, il importe de souligner qu'établir une relation chaleureuse avec l'adolescent demeure une fonction parentale tout aussi importante au cours de cette période (Cloutier, 1982).²⁰

2/Adolescent épileptique :

2-1-Un enfant épileptique qui devient adolescent épileptique :

Le passage de l'adolescence chez un jeune souffrant d'épilepsie comporte des risques, mais il est aussi une occasion d'observer un remaniement de la personnalité. L'enfant construit son monde intérieur en intégrant l'expérience de soi et de son environnement . en fonction

²⁰ Henri le halle/Daniel Millier « psychologie du développement enfance et adolescence » ,dunod ,paris 2002

de l'âge de début des crises, l'épilepsie perturbe et modifie les interactions parentales et sociales.

L'adolescence est un processus complexe où des remaniements internes ou hormonaux et neurologiques opèrent. Des comportements nouveaux spécifiques expriment, en particulier la prise de risque et l'intérêt et son accroissement aux relations sociales. Ces comportements sont l'occasion d'acquiescer un sentiment d'identité, l'épilepsie source de difficultés et de souffrances construira un état de disposition ou de passivité face aux soins et constituera des troubles de caractère. Des troubles plus inquiétants peuvent être observés, jusqu'au risque de psychose. D'autres troubles différents sont présents, selon qu'il s'agit d'un enfant épileptique qui devient adolescent ou d'un adolescent qui devient épileptique.

L'âge intermédiaire dans l'adolescence est aussi un moment délicat de l'évolution d'un enfant épileptique. La prise en charge doit tenir compte de cette situation particulière de remise en question d'une enfance qui s'est organisée avec l'épilepsie. L'enfant se sait malade, il a appris les limites que lui impose sa maladie, les contraintes qu'elle favorise. Il a observé la gravité dans le regard des autres. Il se sent coupable d'être malade et responsable de la souffrance des parents. Tout ce poids devient insupportable à l'adolescence quand la recherche de nouvelles identités apparaît avec le désir d'autonomie et l'envie de transgresser les limites imposées par la vie habituelle. Et plus que cela et paradoxalement, c'est aussi à cette période que des manifestations non épileptiques peuvent apparaître. L'adolescent ne sachant pas comment « exister » aux yeux de son environnement autrement qu'avec des crises.

2-2-Les répercussions de l'épilepsie sur la vie du jeune épileptique :

L'épilepsie varie tellement d'une personne à l'autre, par ses effets sur le corps et la vie du patient, ils peuvent se révéler très légers et relativement mineurs, ou s'avérer très graves et invalidants²¹.

²¹ Anne Lortie, Michel Vannasse, « l'épilepsie chez l'enfant et l'adolescent », collection de CHU sainte Justine pour les parents.

2-2-1*les répercussion de l'épilepsie sur le milieu familial : la réaction des proches varie face à la personne épileptique , Lorsque le diagnostic est pose initialement , il est normal qu' ils éprouvent des sentiments de peur, d' abattement , de perte ,de culpabilité , de colère et de frustration .ils ont souvent de la difficultés à composer avec le caractère incertain des crises ainsi qu' avec les préjugés et l' ignorance d' autrui. Ils peuvent devenir surprotecteurs ou imposer des restrictions quant aux activités de la personne épileptique , S' il s' agit d' un jeune épileptique , les frères et sœurs peuvent se sentir délaissés , craintifs ou trop responsables de la sécurité de sujet . dans le cas d' un sujet vivant à la maison , des questions d' autonomie et des inquiétudes face à l' avenir peuvent troubler la dynamique familiale .

2-2-2*les répercussion de l'épilepsie sur le milieu social : la nature imprévisible des crises « type , moment de l' apparition , gravité et situations » peut occasionner des difficultés sur le plan social .Les personnes souffrant de crise peuvent aussi se butter contre la discrimination ou le rejet .De plus, les amis ,la famille ont tendance à surprotéger la personne ou à lui imposer des restrictions inutiles pouvant mener à l' isolement et aux problèmes d' ordre social , de peur de faire face à une réaction négative , Les personnes présentant une épilepsie active ne peuvent conduire , ce qui peut brimer leur vie sociale et leur autonomie .

2-2-3*les effets psychologique de l'épilepsie : les effets psychologique de l' épilepsie tout comme les effets physique varient d' une personne à l' autre , les sentiments d' incertitude et d' absence de contrôle sont courants ,Le manque de compréhension face à l' épilepsie est un lourd fardeau ,Les troubles psychologiques , lorsqu' ils surviennent , découlent habituellement de la réaction des autres ou de la peur que les autres réagissent négativement plutôt que l' épilepsie comme telle . Un sentiment de dévalorisation ou de manque de confiance en soi accompagne souvent l' épilepsie .La personne épileptique peut aussi éprouver des sentiments de colère , de frustration , d' embarras ou de

vulnérabilité .L' anxiété et la dépression sont également plus fréquentes chez l' épileptique ²²

2-2-4*Les répercussion de l'épilepsie sur la vie du jeune épileptique :sur le milieu scolaire :

L'épilepsie est l'une des circonstances défavorables chez l'enfant, Elle est source de souffrance , de rejet ;Elle est rendue responsables des difficultés rencontrées à l'école ; Elle entraîne des interdits , des limitations dans la vie de tous les jours elle peut enfin être la cause de l'impasse totale d'un enfant , L'enfant épileptique peut se trouver dans une situation d'évolution psychologique ou scolaire impossible ,il est alors dans l'incapacité de créer des liens souples avec son entourage ²³.

3-L impact de l'épilepsie sur le développement du jeune épileptique :

Pendant l'adolescence, un grand nombre de changements biologiques ont des incidences sur le développement physique, mental et émotionnel. Lorsque les enfants atteignent l'adolescence, ils deviennent de plus en plus conscients de leur personnalité et sensibles à 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. Cela évolue au fur et à mesure que les jeunes deviennent de plus en plus autonomes, passent davantage de temps avec leurs pairs et, au bout du compte , se préparent aux études secondaires ou à l'emploi après les études secondaires .

²² Charlotte dravet , « comprendre l'épilepsie » : notions élémentaires sur l'épilepsie et les épilepsies, John Libbey Eurotext, 2006.

²³ JALLON P, L'Epilepsie, Que sais-je ?, 1992

Pour les adolescents qui n'ont pas de problèmes de santé, la période de l'adolescence peut présenter un défi. Pour ceux qui sont atteints d'épilepsie, la transition peut s'avérer particulièrement difficile.

Par exemple, l'adolescence chez un épileptique est souvent une période à laquelle la gestion des crises, de l'âge, face à l'exigence d'un mode de vie sain deviennent un problème, y compris le respect des régimes de médication et le maintien de bonnes habitudes d'alimentation et de bons modèles de sommeil. Il existe de nombreux facteurs, comme la pression des pairs, les fêtes et d'autres événements sociaux, un emploi à temps partiel et une vie occupée en général, qui peuvent interférer avec la capacité de l'adolescent malade de traduire ses nouvelles connaissances en un style de vie sain.

La nature imprévisible des crises épileptiques a une incidence importante sur la plupart des aspects de la vie de cet adolescent, y compris les aspects de son développement, comme **l'indépendance, l'image physique, l'identité, la sexualité, la socialisation et l'estime de soi**. Des sentiments d'embarras ou de frustration liés à l'épilepsie peuvent également s'aggraver au cours de l'adolescence. Par conséquent, cela peut entraîner une faible estime de soi. De plus, le début de la puberté peut parfois modifier les modèles de crise, ce qui nécessite des visites supplémentaires à la clinique ou des changements à la médication ou aux doses administrées.

Les parents peuvent aider à réduire certains problèmes en se tenant au courant de ce qui se passe avec leur adolescent et en discutant des problèmes ouvertement avec eux, en agissant de la façon la plus positive possible et en aidant leur adolescent à élaborer des stratégies d'adaptation pour l'aider à composer avec l'épilepsie et sa gestion.

Les adolescents atteints d'épilepsie pourraient continuer à devoir composer avec des problèmes émotionnels, d'apprentissage et de comportement, ainsi qu'avec des difficultés sur le plan de l'adaptation sociale.

3-1-L impact de l'épilepsie sur le développement physique du jeune épileptique²⁴

²⁴ Anne Iortie, Michel Vannasse, « l'épilepsie chez l'enfant et l'adolescent », collection de CHU sainte Justine pour les parents.

Les modifications corporelles et comportementales que l'adolescence va susciter vont entraîner des troubles qui viennent compliquer la prise en charge de l'épilepsie. Il est possible d'observer une opposition face aux soins, une manipulation des traitements ou, au contraire, une totale passivité et soumission laissant aux parents le soin de tout gérer. Les médicaments sont utilisés comme moyens de pression sur les parents, ils sont accusés de tous les échecs, de la fatigue, de la modification du corps « maigreur ou prise de poids », de l'acné observée. Les refus sont des conduites à risque fréquemment notées.

3-2-L impact de l'épilepsie sur le développement psychosocial du jeune épileptique :

Le changement du caractère peut être exacerbé par les médicaments : irritabilité, agressivité, impulsivité, mais il n'est parfois que l'expression d'une souffrance intime.

L'identité : en ce qui concerne les repères d'identification, il faut tenir compte du moment auquel débute l'épilepsie. Une perturbation, dès le jeune âge n'aura pas le même effet que lorsque la maladie apparaît chez un enfant ayant déjà élaboré des défenses contre l'épilepsie. La relation fusionnelle de la mère avec son enfant sera parasitée par l'existence des crises. A cela il faut ajouter que l'enfant évolue au sein d'un système qui, de simple au début avec seulement les parents, se complexifie au fur et à mesure qu'il grandit, c'est dans cet ensemble familial, puis plus tard social, que normalement se réalise la construction de son autonomie, face à son âge, et face à son épilepsie, c'est par ces acquis que se réalisent la créativité et les projets de vie renforcés par l'affection mutuelle. Tous les jours, vous observez l'importance de la satisfaction narcissique des parents avec leur enfant quand il va bien, et en miroir, la jubilation de l'enfant qui en s'identifiant à ses parents ou à d'autres images de l'entourage, forge son identité. Ce sont ces interactions, si importantes pour le bon déroulement de la formation psychique, qui contribueraient à atténuer l'apparition de l'épilepsie.

L impact de l'épilepsie sur le développement cognitif du jeune épileptique :

Les épilepsies de l'enfant sont décrites comme étant souvent responsables de troubles cognitifs et de difficultés d'apprentissage scolaire, cependant leur répercussion sur le fonctionnement cognitif et comportemental dépendant très largement du type de crise « partielle ou généralisée » et de la cause de l'épilepsie « idiopathique, symptomatique ou lésionnel » ..

Chapitre 3 :le fonctionnement mnésique chez le jeune épileptique .

Introduction :

La mémoire est l'un des phénomènes biologiques, psychologiques et humains, les plus complexes, ces dernières années des avancées considérables ont été constatées en psychologie et en neurosciences.

La mémoire est l'une des fonctions les plus importantes dans le cerveau, elle se subdivise en différentes catégories, en différentes formes et leurs interactions sont identifiées grâce à des modèles de classification.

Nous avons étudié dans ce chapitre deux thématiques : le premier traite des approches importantes de la mémoire d'une façon générale, sa définition, les différentes formes de la mémoire ensuite les troubles de la mémoire.

La deuxième partie concernant l'étude de la mémoire et la pathologie d'épilepsie : le fonctionnement mnésique chez un sujet épileptique ; les caractéristiques du dysfonctionnement mnésique, ainsi les facteurs qui influencent ce dysfonctionnement enfin, les principaux troubles de la mémoire éprouvés par l'épileptique.

1-1-Les différentes théories de la mémoire :

Depuis l'antiquité ,de nombreux érudits se sont penchés sur l'étude de la mémoire en essayant d'apporter des réponses sur sa nature, ses lois et son fonctionnement (**burnham,1888**).

Le premier à explorer ce domaine par une approche expérimentale fut le psychologue allemand **hermann ebbinghaus**. C'est lui qui introduisit l'étude de la mémoire en laboratoire .Il découvrit ainsi deux caractéristiques du stockage mnésique : *les souvenirs en différentes durées de vie. *la répétition rend les souvenirs plus durables . Ces travaux furent poursuivis par les psychologues allemands **Georg Muller** et **Alfons Pilzecker**, puis complétés par les interprétations de **William James**(psychologue et philosophe américain)et **d'Henri Bergson**(philosophe français) l'ensemble de ses travaux permettra de faire une distinction fondamentale entre la mémoire primaire(maintenant appelée mémoire à court terme) et la mémoire secondaire (ou la mémoire à long terme) et également de définir le concept de consolidation .un peu plus tard (1911)**Edouard claparede** introduisit la notion de la mémoire implicite qu' il définit comme étant une modification du comportement sans image du passé et qu'il oppose à la mémoire explicite.

A la même époque ou Ebbinghaus et James réalisent leurs travaux ,trois faits marquants concernant les pathologies de la mémoire vont être rapportés .tout d'abord **théodule Ribot** EN 1881 énonce la loi de la régression qui indique que la mémoire est atteinte des souvenirs les plus récents vers les plus anciens, de la complexité vers la simplicité , du volontaire vers l'automatique .ensuite le psychiatre **russe Serge korsakoff** qui en 1887 décrit pour la première fois le syndrome

antéro-rétrograde d'origine alcoolo-carentielle qui porte aujourd'hui son nom. Enfin un peu plus tard en 1907 Alois Alzheimer décrit le cas d'une patiente atteinte de troubles de la mémoire accompagnés d'une perte progressive des capacités cognitives, ainsi l'étude des troubles mnésiques a permis d'apporter des éléments de réponse dans la compréhension des mécanismes normaux de la mémoire.

L'expérimentation animale débute dans la première partie du XX^e siècle avec l'école behavioriste. Au sein de cette école, deux méthodes principales furent à l'origine des études scientifiques de l'apprentissage et de la mémoire chez l'animal, d'un côté, nous avons les travaux réalisés par le physiologiste russe IVAN PAVLOV qui découvrit le conditionnement qui porte son nom. Au cours d'un conditionnement classique, l'animal apprend à associer deux événements comme le son d'une cloche et la présentation de nourriture, de sorte que l'animal commence à saliver lorsqu'il entend le même son si celui-ci n'est pas accompagné de la présentation de nourriture.

D'un autre côté, le psychologue américain EDWARD THORNDIKE découvre le conditionnement instrumental 'ou opérant'. L'animal apprend ici à faire une association entre une réponse correcte et une récompense 'ou une réponse fautive et une punition' qui suit la réponse et modifie son comportement. Malgré la rigueur scientifique, le behaviorisme s'est cantonné à étudier les lois qui modifient le comportement à travers l'observation de stimuli contrôlés et de réponses quantifiées, cette école ne s'est aucunement préoccupée des événements mentaux qui surviennent entre le stimulus et la réponse « pensée- affect- intention.. »

Cependant dans le même temps, certains chercheurs ont privilégié l'étude des processus mentaux qui interviennent entre le stimulus et la réponse comportementale. Concernant les études chez l'homme, le pionnier d'une approche plus cognitive de la mémoire fut le psychologue Frédéric C-Bartlett.

Distorsion : torsion d'une partie du corps

C est la biologie , avec le développement de la cartographie cérébrale d'une part « lésion – électrophysiologie IRM –TEP »et la biologie moléculaire d'autre part avec la « découverte des chromosomes puis ADN de ARN du code génétique que l'étude de la mémoire se développera dans deux orientations différents .

Le première édifiera l'étude des systèmes neuronaux de la mémoire , parmi l'ensemble des travaux réalisé dans ce domaine , deux auteurs se distinguèrent particulièrement ;le premier est KARL LASHLEY psychologue américain qui étudia la localisation de la mémoire chez le rat en pratiquant des lésions de différentes régions du cortex cérébral, L'ensemble de ces travaux lui ont permis de formuler la loi de l'action de masse selon laquelle la sévérité du déficit mnésique mesurée est corrélée avec la taille de l'aire corticale lésée et non avec sa localisation précise.

La seconde fut le psychologue canadien DONALD HEBB qui s' inspire des travaux de Lashley sur la localisation des zones de mémoire , Il formula son hypothèse selon laquelle des assemblées de cellules, distribuées dans les vastes régions corticales .coopèrent pour stocker l'information , Cette idée est l'une des clefs du stockage de l'information dans le cerveau.²⁵

1-2-Définition de la mémoire :

La mémoire est un thème qui attire un nombre impressionnant de penseur et de chercheurs depuis l'antiquité, chacun d'entre eux définit la mémoire différemment .

²⁵ BEATRICE des granges et FRANCIS eustache « la mémoire » de l'esprit aux molécules traduction de la 1 édition , squire kandel de Boeck université 2002.

La loi de l'action de masse : loi explicite les conditions de l'équilibre chimique ,Un système réactionnel, soumis à une réaction chimique.

De façon générale : selon le grand dictionnaire (Bloch et al..1991) :

La mémoire est assimilée a un système, de traitement de l'information , comprenant des opérations d'encodage, de stockage, et de récupération.²⁶

*l'encodage est le processus par lequel l'information d'entrée est enregistrée perçue et transformée en un format approprié pour la représentation en mémoire.

*les mécanismes de consolidation s'occupent de la conservation en mémoire permanente des représentations ou des traces encodées.

*Enfin , le processus de récupération est l'opération de réactualisation des connaissances mnésiques.

1-3-Les différentes formes de mémoires :

A-définition :

Nous allons dans ce paragraphe donner une définition des principales formes de mémoire :

1-3-1-Mémoire a court terme :

D'une manière générale il s'agit du processus mnésique qui permet le maintien de l'information de façon temporaire jusqu'à ce qu'elle soit oubliée ou jusqu'à la formation d'une trace stable en mémoire a long terme .en psychologie cognitive : la mémoire a cour terme est devisée en deux composantes qui sont la mémoire du travail et la mémoire immédiate.

La mémoire immédiate fait référence a ce qui est maintenu activement a l' esprit a partir du moment ou l information est reçue (c'est la mémoire primaire de **W.James**).la mémoire de travail est un concept introduit par **alain baddeley** est qui se définit comme un système de capacité limitée destiné au maintien temporaire et a la manipulation d'informations pendant la réalisation de taches cognitives diverses (compréhension ,raisonnement, résolution de problème....) ainsi le sujet ne se contente pas d'avoir une information « simplement et passivement » maintenue en ligne mais il « travaille avec sa mémoire ».

²⁶ serge Nicolas ;la mémoire humaine , une prospective fonctionnalité ,l'harmattan 2000.

1-3-2-Mémoire a long terme :

Est un système de stockage a capacité indéfinie ,théoriquement illimitée et dans laquelle l'information est détenue de façon durable .au sein de la mémoire a long terme

***mémoire épisodique :**

Il s'agit d'une sous catégorie de la mémoire déclarative qui est défini par **Tulving** 1972 « concerne les évènements personnellement vécus par un sujet, constitués d'épisodes qui peuvent être localisés grâce a leur coordonnées de temps, de lieu, et a l'origine d'une biographie singulière ».au sein de cette mémoire épisodique shimamura et squire (shimamura and squire1987) distingue deux composantes : la mémoire des faits d'une part et la mémoire du contexte d'autre part .En effet , ces auteurs considèrent que le souvenir est constitue d'éléments contextuels et d'information factuelles .Ainsi les éléments contextuels sont des indices qui permettent au sujet de récupérer les informations factuelles .

***mémoire sémantique :**

C'est le savoir pur, les connaissances générales structurées que nous avons sur le monde, il s'agit d'une forme de mémoire de traitement évoquée de façon consciente par le sujet.

***mémoire procédurale :**²⁷

C'est l'ensemble des aptitudes comportementales « habitudes-routines-habilités..... » pouvant être acquises en l'absence de prise de conscience. Ces habitudes sont apprises de façon graduelle par répétition.

***amorçage :**²⁸

Se réfère aux changements dans la vitesse, la prédisposition ou la précision à traiter un stimulus à la suite d'une expérience avec « ou une exposition à » ce stimulus ou un stimulus proche.

***conditionnement classique :**²⁹

Consiste en un apprentissage associatif dans lequel le sujet apprend de façon non nécessairement consciente qu'un stimulus en prédit un autre et cela dans un protocole d'appariement entre un stimulus conditionnel « SC » et un stimulus inconditionnel « SI ».

1-4- **Le modèle d Atkinson et schiffrin :**

En reprenant la distinction avancée par le philosophe américain William James en 1890, Waughet Norman 1965 ont élaboré un des premiers modèles généraux de la mémoire qui incluait une mémoire primaire, responsable du stockage de l'information à long terme. Cependant, la définition la plus complète et la plus connue aujourd'hui est celle de la mémoire à deux structures du travail mnésique. Les chercheurs américains Atkinson et Schiffrin proposèrent en 1968 un cadre

²⁷ Squire Kandel : la mémoire, neuroscience et cognition de Boeck université 2002

²⁸ Serge Nicolas : la psychologie cognitive, Armand Colin VUEF 2003.

²⁹ Brigitte Nevers, Rémy Versace, Catherine Padovan : la mémoire dans tous ses états » sonal éditeurs 2003

théorique général de la mémoire humaine en donnant une signification cohérente suite à de nombreux travaux .

Le modèle présenté par ces 2 chercheurs décrit les processus du contrôle et la structure hypothétique de la mémoire humaine en distinguant les registre sensoriel « RS ». « un magasin ou stock a court terme » et »un magasin ou « stock a long terme » .

1-5-La notion de la mémoire de travail : selon baddeley :

Le terme de mémoire de travail est apparu en 1960 Il est généralement employé en psychologie cognitive pour vérifier si un système de capacité limitée permet le stockage temporaire et la manipulation d information nécessaires à la réalisation de tache complexes telles que la compréhension , l apprentissage et le raisonnement , il s agit d une appellation durable qui dans une forme ou une autre est activement utilisée dans de nombreux domaines des sciences cognitives , incluant principalement la psychologie cognitive ; la neuropsychologie , la psychologie du développement En prolongement à ce sens , Alan Baddeley propose un modèle fonctionnel de la mémoire à court terme appelé [mémoire de travail](#)³⁰

³⁰ Alan Baddeley, *Human Memory Theory and Practice (Revised Edition)*, Allyn & Bacon, Boston, 1997.

1-6-Les troubles de la mémoire :**1-les syndromes amnésiques :****A- les amnésie générales à forme progressive : »ribot «³¹**

Sous ce nom il faut entendre les états ou le déficit mnésique plus ou moins diffus, Ils portent sur les souvenirs d'une longue période chez les malades.

*l amnésie antérograde : »de fixation « : elle est caractérisée par l'impossibilité d'acquérir de nouveaux souvenirs de telle façon qu'à partir du moment où elle s'installe, l'esprit cesse d'enregistrer le vécu. C'est ce que l'on appelle généralement une amnésie de fixation tout ce qui passe dans ces cas comme si les perceptions avaient perdu le pouvoir de s'inscrire, Une condition presque constante de ces amnésies est l'existence des troubles de la conscience. Ces troubles amnésiques touchent plus ou moins électivement des opérations d'acquisition de la mémoire, Mais ils ont un retentissement sur les autres activités mnésiques dans la mesure où l'amnésie de fixation entraîne une perturbation de la construction du rapport au réel.

Sollier 1892 distinguait déjà deux sortes d'amnésies antérogades :

Amnésie antérograde de reproduction :

Dans ce cas il existe comme un étourdissement de l'activité psychique, le sujet n'a qu'une conscience très relative de ce qui se passe autour de lui, Il se produit une impossibilité de fixer des impressions nouvelles et la vie de l'amnésique n'est plus qu'une succession de moments, d'impressions isolées, Sans le lien évocateur qui pourrait les unir.

Amnésie antérograde de conservation :³²

Les images ne s'intègrent plus dans les synthèses psychiques. Elle restent en dehors de circuit, Cette forme réalise la véritable amnésie de fixation et se caractérise par le défaut de fixation du temps présent.

³¹ Roger Gil : »neuropsychologie « Masson Paris 3 édition 1996-2003.

³² Ribot : « les maladies de mémoire » 1881

*l amnésie rétrograde : ou « d'évocation » : elle consiste dans l'incapacité d'évoquer dans l'instant présent les souvenirs du passé, c'est à dire qu'il s'en constitue la forme la plus pure « d'amnésie », L'essentiel du trouble réside dans l'impossibilité de faire émerger à la conscience tout ou une partie du passé correctement organisé, Comme y insiste « P. Janet », le malade ne peut plus faire pour les autres ni pour lui-même un récit de son passé. Cette incapacité peut être liée à la conséquence de troubles plus structurés, Tantôt il n'y a pas évocation parce que la conscience troublée, l'activité psychique détendue est incapable de se rappeler autre chose que les souvenirs les plus solides et parfois les plus anciens « loi de rebot ».

*amnésie Antéro-rétrograde : le plus souvent l'amnésie se caractérise par un trouble mixte touchant la mémoire de fixation et celle de l'évocation. L'une peut paraître plus atteinte que l'autre, ou elle le sont toutes les deux.

B- les amnésies partielles :³³

ce sont des amnésies qui n'intéressent qu'un lot particulier de souvenirs, Il faut distinguer celles qui abolissent une tranche du temps « amnésies lacunaires », de celles qui portent sur un secteur de souvenirs particuliers « amnésies électives », et de celles qui n'altèrent que certaines fonctions spécialisées « amnésies élémentaires systématisées ».

*amnésies lacunaires : qui portent sur un secteur de souvenirs particuliers, Cette forme est tout à fait caractéristique des amnésies qui recouvrent des états psychotiques plus ou moins paroxystiques, « épilepsie- états confusionnels... » p 96 Ribot, La lacune généralement touche la période précédant la crise elle-même ou en rapport à sa durée de temps.

³³ Henry Ey ; étude psychiatrique.

*amnésies électives : certaines constellations de souvenirs « scène » ou enchaînement d'événement s'articuliers, souvenirs relatifs à une personne donnée , à un lieu , à une situation physique ou morale..

*amnésies élémentaires systématisées : on a toujours remarqué qu'après un traumatisme du crane , Winslow « cite par ribot p 31» avait observe une amnésie qui ne portait que sur les chiffres 5et7, Ceci nous conduit jusqu' a la forme d'amnésie aphasique ou agnosique .

*amnésies périodiques et les personnalités multiples :comme pour les amnésies électives, l' inconscient qui a l' état normal est refoule ou n' émerge que dans le sommeil , se manifestent sous forme d' une personnalité alternant entre la personnalité vigile et un état d' hypnose Tous ces états d'automatisme psychologique ont été admirablement étudié par « p.janet » .

2-Epilepsie et dysfonctionnement mnésique :

2-1-Les caractéristique du dysfonctionnement mnésique :

Les troubles de la mémoire sont les déficits cognitifs les plus fréquemment rencontres chez les patient épileptique , En effet , les zones épileptogènes le perturbent généralement le fonctionnement des structures temporels ou frontales dont le rôle lié a la mémoire assume le travail de la mémoire épisodique .

Ces troubles mnésiques , qui se manifestent différemment en fonction de la latéralisation et de la localisation de la lésion , peuvent affecter considérablement la vie quotidienne ,Bien qu' inégalement explorée l' L'évaluation approfondie des différents systèmes mnésiques « épisodique –sémantique –de travail-procédural-ou de représentation perceptive » apporte Des indices cliniques qui contribuent au diagnostic

de l'épilepsie et fournit des indications pronostiques sur le devenir cognitif du patient après traitement.

3-les facteurs qui influencent les dysfonctionnements de la mémoire :

Notre cerveau contrôle notre mémoire, notre comportement et notre émotion. Lorsque la personne fait des crises répétées, ceci affecte son humeur et entraîne des problèmes d'incapacités d'attention ou de contrôle du comportement. Pour évaluer les fonctions neuropsychologiques d'une personne atteinte d'épilepsie, il importe de tenir compte de plusieurs facteurs :³⁴

*le type de crise et région du cerveau où elles siègent :

Il existe plusieurs types de syndrome d'épilepsie et chacun peut posséder un schéma unique de difficultés de la mémoire.

*fréquence et gravité des crises :

Les personnes dont les crises sont très fréquentes, très graves et de longue durée courent plus de risques de voir apparaître des perturbations dans leur mémoire que les personnes faisant des crises moins fréquentes et de brève durée.

*durée de la maladie :

Il est connu que les crises se manifestent dès la petite enfance et ont une action particulièrement néfaste sur la mémoire. Les crises affectent le cerveau et la manière dont elles se développent.

* les traitements médicamenteux :

Les médicaments qui traitent l'épilepsie ont des effets secondaires. Il a été montré que certains antiépileptiques avaient des effets spécifiques sur la mémoire. Ceci étant le cas pour nos deux suivis d'étude.

*les causes sous-jacentes aux crises :

Les crises peuvent survenir pour des raisons qui diffèrent selon les individus. Certaines personnes atteintes d'épilepsie présentent des anomalies dans la structure ou dans le fonctionnement du cerveau.

³⁴ Michel R –Trimble and Edward-Reynolds « epilepsy behavior and cognitive » 1987

* la forme électro-clinique de l'épilepsie :

Des épreuves considérables ont confirmé la spécificité des zones des lobes temporaux pour le traitement de l'information et de la rétention chez l'homme, les dommages du lobe temporel gauche altèrent les capacités verbales tandis que les lésions de l'hémisphère droit diminuent les capacités non verbales et la mémoire perceptive.

3-2-D'autres facteurs :

L'état émotionnel ou la motivation du patient peuvent altérer les performances de la mémoire « Lischman 1972 - Hertz Nelson 1985 »³⁵

-MÉMOIRE ET motivation :

Cet actionnement est présent chez notre premier cas d'étude.

La motivation à l'apprentissage, la valeur affective et les émotions jouent un rôle capital dans l'enregistrement, la rétention et la récupération des connaissances. Une motivation intrinsèque, le plaisir d'apprendre, l'intérêt manifesté pour le sujet, la signification profonde de cet apprentissage, consolide les meilleurs effets. Ce type de motivation peut se développer en travaillant sur ses propres attitudes, si elles sont négatives, sur son sentiment de compétence, s'il est faible, sur ses buts et objectifs, s'ils sont absents ou flous, sur son approche d'apprentissage, si elle est superficielle. À défaut de motivation intrinsèque, la valorisation de l'effort, la reconnaissance des pairs ou de l'enseignant, un système de récompense peuvent aussi avoir un effet bénéfique sur la mémorisation, quoique de moindre durée.

C'est Freud qui a été le premier à reconnaître l'importance de la motivation pour la mémoire. Il a insisté sur le rôle fondamental du phénomène de refoulement « l'oubli motivé » dans la formation et la persistance des problèmes émotifs. La théorie freudienne veut que les expériences désagréables ou traumatiques soient isolées ou rendues inaccessibles d'une autre manière, Ceci découle du fait qu'elles sont soit désagréables et indésirées, soit inconsistantes avec la structure actuelle de la mémoire. Ces souvenirs sont donc disponibles mais inaccessibles, selon la théorie freudienne, De tels souvenirs sont souvent encore à la

³⁵ César Flores : la mémoire, que sais-je ? 5^e édition 1987, puf

pensée, des reliquats d'induction . Ce qui est de la plus haute importance, toutefois , c'est que l'individu est inconscient de l'existence de ces souvenirs qui lui cause problèmes .la technique psychanalytique de l'association a été inventée essentiellement pour rendre accessibles ces souvenirs refoulés , l'individu pourra faire face à ces souvenirs , une fois qu'il seront devenus accessibles , les conflits reliés a ces souvenirs pouvant être résolus , l'oubli motivé fait surement partie de la mémoire de tout un chacun ,Certaines expériences ne valent tout simplement pas d'être retenues . C'est dans le contexte de l'équilibre de la personnalité que les psychologues parlent de refoulement ; ils le prennent en considération pour défendre le moi contre l'anxiété ou la persécution ,Le refoulement n'est que l'un des mécanisme de défense parmi la série de ceux qui ont été identifiés.

MÉMOIRE ET STRESS :

Le stress peut avoir des effets dévastateurs sur la mémoire, autant que sur la capacité à enregistrer des informations nouvelles que sur la capacité à récupérer des informations acquises. En situation de forte pression émotionnelle, par peur, sous le coup de la colère, ou par passion amoureuse par exemple, on devient moins réceptif, donc plus susceptible de ne pas enregistrer des informations pourtant importantes comme les consignes d'un exercice ou le sens d'une question d'examen, ou d'avoir de la difficulté à se rappeler les connaissances pertinentes à la situation, Quoi faire, quoi dire, comment se comporter. L'anticipation à ces effets permet de se préparer en conséquence et de réfléchir aux stratégies à utiliser le cas échéant .³⁶

³⁶ « introduction a la psychologie générale » collection multi choix, Masson 1984

3-3-les principaux troubles de la mémoire éprouvés par les personnes atteintes d'épilepsie :les troubles de souvenirs :

L'oubli : un trouble de la mémoire , la mémoire normale n'est pas infaillible ; parfois quelques ennuis et tracas dans notre vie quotidienne « oubli d'un nom, d'une date ... » si l'on suit le schéma du traitement de l'information , on constate que l'oubli peut provenir de multiples causes .

***Selon le déficit du codage :**

Qui prend sa source dans la théorie de « Craik et Lockhart 1972 » l'oubli se produit parce que l'information a été codée de manière superficielle à cause d'un manque d'attention ou d'un traitement élaboratif mal réalisé.

L'épilepsie peut réduire la vitesse de notre attention ou le taux de traitement de l'information , Des années de recherche ont également montré que de nombreuses formes d'épilepsie sont associées à des déficiences dans le maintien de l'attention Au fil de temps ce déficit affecte nos capacités à encoder les informations pour la mémorisation .

***Selon le déficit du stockage :**

L'oubli se produit parce que l'information qui a été enregistrée en mémoire subit une dégradation à cause d'un affaiblissement progressif de ces constituants , mais ce n'est pas seulement le temps qui agit sur

les souvenirs , Ce qui efface les souvenirs ce sont surtout les perceptions nouvelles ingérable et qui provoquent une absence des informations . même si vous avez réussi a coder un bit d' information , vous pourriez ne pas être garanti de ces souvenirs parce que les difficultés de stockage peuvent aussi affecter la mémoire si vous souffrez de l'épilepsie .

*selon le déficit de récupération :

une information peut être disponible en mémoire mais momentanément inaccessible en raison d' un manque d'indices qui conduit a l' échec des processus de récupération.

Parfois l' information est là , mais vous ne pouvez pas la sortir, dans ce cas il a été encodé et il a également été stocké de manière inadéquate , le problème est dans l' accès immédiat a elle .

- l' apprentissage : saisie d' information –le stockage de l' information et l' extraction de l' information dans le temps , Toute rupture de ses stades entrainera une déficiences de la mémoire .et peut être aussi de l'épilepsie.³⁷

3-4-La synthèse des troubles mnésiques en rapport à la pathologie de l'épilepsie :

³⁷ Serge Nicolas »la psychologie cognitive » Armand colin VUEF 2003.

L'épilepsie chez l'enfant et l'adolescent est due à l'immaturation du cerveau, durant l'enfance. Le cerveau est un chantier instable et l'épilepsie peut être la conséquence de cette instabilité en fonction de la fréquence des crises, la latéralisation et la localisation de la lésion peuvent affecter les troubles mnésiques dans ses différentes formes. Chaque adolescent souffrant d'une épilepsie réagit différemment de l'autre et singulièrement face à sa pathologie. Tout dépend de la zone épileptogène perturbée, l'âge de l'apparition, la fréquence des crises, les effets secondaires des traitements mais aussi le contexte socio-familial qui joue un rôle important dans l'adaptation psychosociale de l'adolescent.

Chez notre premier cas « N » l'apparition de la pathologie d'épilepsie dans l'enfance spécifiés, sa période du développement.

On peut dire que sa maladie affectera son développement et favorisera des troubles de la mémoire, en plus, la prise des médicaments et aussi le milieu socio-familial qui a favorisé le déséquilibre chez le cas « N ».

Concernant le cas « N » son milieu familial ne l'aide pas pour en sortir de sa pathologie d'épilepsie et de ses troubles mnésiques, ils ne prennent pas en charge ni les besoins de leur fille ni sa pathologie.

Concernant le cas « Kamel » qui souffre des mêmes effets de l'épilepsie influencent sur sa fonction de la mémoire.

Sa pathologie diffère du cas « N », dans sa réaction et dans son comportement.

Concernant le milieu socio-familial du cas « K », il a été aidé pour s'adapter à sa pathologie, la surprotection familiale améliore la maîtrise de son épilepsie et même minimise les perturbations de son dysfonctionnement mnésique.

Deuxième partie :la méthodologie et démarche d'approche

Deuxième partie : méthodologie et démarche d'approche.

Introduction :

nous avons utiliser la méthodologie clinique pour l'approfondissement de l'étude de deux cas clinique atteints de la pathologie de l'épilepsie « leur anamnèse, ,histoire de l'apparition de la maladie » et la passation de deux tests ,

le premier test cognitif repose sur l'examen de la mémoire pour mesurer la fonction de la mémoire en rapport à l'épilepsie .

nous avons choisi l'échelle clinique de la mémoire de Wechsler forme révisée et le deuxième test projectif ;le F A T, le test d'apperception de la famille pour connaitre le milieu familial des deux cas , leurs mode de vie ,le comportement de chacun d'eux envers les membres de la famille .

Avant la passation du premier test , nous avons trouvé des difficultés dans la compréhension du cas.

La méthodologie et démarche d approche :

chapitre 1 :la méthodologie clinique

1-La méthodologie clinique :

La psychologie clinique place la signification , l'implication et la totalité du comportement humain ,au centre de ses préoccupations , La méthode clinique vise à établir une situation d'évaluation construite , pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant la personne libre dans ses possibilités d'expression.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires :

-celui de technique «(test-entretien-observation »pour recueillir des informations ,en isolant le moins possible la situation « naturelle »dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème)³⁸.

Le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas .Le premier fournit des informations , Le second vise à comprendre le sujet, Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même , Il doit donc chercher à résoudre ces conflits et à se situer tjrs dans une position d'équilibre à atteindre , Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité , la fidélité de l'observation , la recherche des significations et l'origine « des actes conflictuels » ainsi que les modes de résolution de ces conflits.

2-Les outils :

-Les outils nécessaires pour décrire une situation présente s'orientent vers l'acquisition des renseignements sur le passé nécessitant :

1/ **l'entretien clinique** :qui doit être directif ou semi-directif tout en laissant à la personne la possibilité de s'exprimer sans contrainte.

On peut dire que l'entretien clinique , entant qu'espace , vise à permettre une œuvre de parole , Il convient de préciser que ce qui constitue la spécificité clinique ne se limite pas au fait de parler mais s'étend fondamentalement dans l'écoute de ce qui peut être dit , ou encore d'être entendue , ou pour reprendre l'expression de pierre Fédida' « s'entendre dire »permettre au sujet de s'entendre dire , le

³⁸ J-P goussard , cours de J,Bertsch ; « la méthode clinique » maîtrise STAPS 2000.

travail consiste alors à savoir recevoir le discours qui est tenu par le patient, mais aussi à le susciter et le soutenir.

Le but de l'entretien sert à accéder à des informations subjectives « histoire de vie- représentation –sentiments –émotions- expériences » tous témoignent de la singularité et de la complexité du sujet .

Une première hypothèse se désire ; quel orientation définir pour l'analyse clinique des troubles de la mémoire dans leur rapport à l'épilepsie³⁹.

Pour le premier cas :le premier contact était un peu difficile parce que le cas elle n' a pas voulu faire durer l entretien .Elle était trop retirée, Lors du préliminaire à l'entretien , elle n' a pas voulu parler ni de sa pathologie , ni de sa vie .Dans les premiers temps ;on utilise l' entretien semi directif pour recueillir les éléments importants concernant l'épilepsie Ensuite, au cours des entretiens , le cas a commencé à se sentir plus à l'aise et à parler sans craintes , sur les difficultés que lui impose Sa pathologie .On a dégagé un premier axe important celui des souffrances liées aux troubles de la mémoire , dues à la pathologie de l'épilepsie ,Durant presque 10 ans ,le cas a longtemps souffert avec sa pathologie , elle n'a pas trouvé le soutien familial qui l'aiderait à s'en sortir.

Pour le deuxième cas :le contact était presque normal , pas de difficultés , les premiers entretiens se tenaient avec la sœur du cas qui a présenté la pathologie d'épilepsie de son frère ainsi que les débuts de sa maladie ,Ensuite des entretiens avec la maman m'ont permis d'ordonner les explications et des détails sur l' enfance de son fils et sur l' apparition de la crise et la survenue de la pathologie d'épilepsie , Enfin quelques entretiens avec le cas pour dégager sa biographie et son impact sur la pathologie de l'épilepsie .

2/1 observation clinique c' est la méthode complémentaire à l' entretien clinique et pour examiner le comportement du cas⁴⁰.

³⁹ Collette Chiland et colle :l'entretien clinique ;PUF2006

⁴⁰ Bourguignon ;recherche clinique en psychologie » 1988 psychologie française 267-279.

Le projet de l'observation clinique vise à relever des phénomènes complémentaires significatifs, de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique évolutive de, l'histoire du sujet, ainsi que de repérer les étapes importantes structurantes l'organisation psychopathologique du cas.

L'observation se présente comme la méthode la plus naturelle basée tjrs sur une disponibilité pour décrire la présentation et le contact « incurie- maniérisme-familiarité... » la qualité du contact, manifestation physique, le langage. permettant l'investissement relationnel dans l'échange thérapeutique.⁴¹

Les tests :

Les tests font partie de la pratique, utilisés entre autres pour l'évaluation, l'orientation, l'obtention des repères diagnostiques, ou encore le recueil des données pour une prise en charge psychothérapeutique.

3/Le test : cognitif :Le WMS-R

L'outil d'utilisation c'est l'échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée WMS-R. c'est une échelle de mesure des performances cognitives, et plus précisément celle de la mémoire ; de nos deux cas. dans notre recherche, on a utilisé l'échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée, pour évaluer les dimensions principales de la fonction de la mémoire chez nos deux cas d'étude affectés par l'épilepsie depuis des années, et pour enrichir notre travail, on a utilisé

⁴¹ Jean Louis Pedinieli ; approche de la recherche clinique en psychologie, une conférence a été présente lors des journées d'étude de l'ARSI 1999

les données mesurées par l' échelle clinique de la mémoire de Wechsler troisième édition.

L'intérêt du choix du test : a pour but d' aider à évaluer cliniquement les diverses fonctions de la mémoire et à détecter les faiblesses du fonctionnement de la mémoire ainsi que la localisation et le type des troubles et pour fournir des informations utiles au diagnostic du dysfonctionnement mnésique, chez l'épileptique.

Biographie de wechsler :

Wechsler (12 janvier 1896, Lespezi, Roumanie - 2 mai 1981, New York) était un psychologue américain d'origine roumaine. Il a développé trois tests d'intelligence normalisés couramment utilisés en Amérique du Nord : le Wechsler-Bellevue Intelligence Scale (WBIS), le Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) et le Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC). Il estimait que l'intelligence n'est pas une seule compétence, mais bien le mélange de plusieurs capacités humaines, Chacune mesurable séparément. Par exemple, les résultats calculés par le WAIS mesurent la compréhension verbale, la perception spatiale et la capacité d'abstraire les connaissances acquises .

David Wechsler est né à Lespezi, près de Iași, en Roumanie, le septième enfant d'une famille juive. À six ans il a émigré avec sa famille aux États-Unis. Il a étudié au City College de New York, puis à l'université Columbia, où il a obtenu une maîtrise en 1917 et un doctorat en 1925 sous la conduite de Robert S. Woodworth.

L'armée des États-Unis l'engage comme psychologue au camp Logan (Texas) en 1917. Pour parfaire sa formation, elle l'envoie étudier à l'Université de Londres. Il y travaillera avec le psychologue Charles Spearman et le mathématicien Karl Pearson.

De 1922 à 1925, il est psychologue clinicien au Bureau of Child Guidance (New York). Il occupera un poste de secrétaire au Psychological Corporation de 1925 à 1927. Peu après, il occupe encore un poste de psychologue clinicien de 1927 à 1932. Il travaille ensuite pour l'Hôpital psychiatrique Bellevue à New York. Il y sera psychologue en chef pendant 35 ans, soit de 1932 à 1967. Il a aussi enseigné de 1933 à 1967,

en tant que professeur de psychologie clinique, au collège médical de l'Université de New York.

Présentation du test :

L'échelle clinique de mémoire de wechsler forme révisée WMS-R est un instrument clinique , de passation individuel qui permet d'évaluer les dimensions principales des fonctions mnésiques chez les adolescents et les adultes.

WMS-R mesure la capacité à manipuler l'information à court terme et à long terme à partir de stimuli verbaux et figuratifs, avec des matériels abstraits et concrets .

Les dimensions cliniques principales évaluées par le test de la mémoire reflètent la capacité visuelle contre la capacité auditive , la capacité immédiate contre la capacité différée, à partir de stimuli verbaux et figuratifs , avec des matériels abstraits et concrets.

l'échelle représente une révision élargie de l'origine de l'échelle limitée essentiellement à l'étude des capacités de la mémoire.

Le test évalue la mémoire verbale/visuelle, la mémoire a court terme et le rappel différés , Les changements de la nouvelle version incluent :obtention des scores composites au lieu d'un seul score global dont l'origine se calcule par le « quotient mémoire »,S'y ajoutent de nouveau subtests mesurant la mémoire spatiale et figurative .ainsi que la mesure du rappel différé sans forme de révision des procédures de notation de plusieurs subtests.

Le test comprend un ensemble des subtests courts , chacun mesurant une facette différente de la mémoire ,huit subtests mesurent la

mémoire à court terme à la fois du matériel verbal et figuratif ,L'ensemble de ces subtests se passe pendant environ ½ heure, ils sont immédiatement suivis d'un rappel différé de quatre d'entre eux . Le rappel se fait sur le matériel concernant « 2 subtest verbal » et concernant « 2 subtest visuel ».

L'examen complet inclue« information et orientation immédiate », les huit tests de mémoire a court terme permettent le calcul de deux scores composites principaux :

(Mémoire générale « 5subtests » et **Attention /concentration** « 3subtsts ») , le score de mémoire générale est ensuite divisé en deux sous scores mesurant la mémoire verbale « 2 subtsts » et la mémoire visuelle le« 3 subtest ».⁴²

*Les quatre essais de rappel différé contribuent au calcul d'un score composite séparé de **rappel différé**.

Mise à part la mémoire de travail qui offre l'analyse des procédures utilisées pour stocker et récupérer par des processus cognitifs tels que raisonnement compréhension et résolution des problèmes , le test dans son entreprise , permet l'évaluation d'indices précis révélateurs du fonctionnement ou du dysfonctionnement de la mémoire .Nous pourrions nous entendre , sur le sens exact à proposer pour « mémoire de travail » présenté par Roger Gil , dans son ouvrage « neurologie » , dont la mise en œuvre suppose « la réception , la sélection « consciente ou inconsciente » , et de manière . plus large le traitement d'informations repérés par les organes des sens.

-le codage et le stockage de ces informations sous forme « d'engrammes » qui seraient au sein d'ensemble de neurones des céréseaux représentant le support des informations stockées.

-la capacité d'accéder à ces informations ,

Ces différents étapes de la mémorisation nous offrent les conditions du travail mnésique, dont la thèse présente n cherche à définir et à relever les spécificités dans le contexte de la pathologie de l'épilepsie.

⁴² Manuel de l'échelle clinique de mémoire de wechsler forme révisée copyright 1987 by the psychological

Les subtests de WMS-R : l'échelle clinique de mémoire de wechsler – forme révisée :

Information et orientation immédiate.

Les huit subtests de la mémoire à court terme :

Contrôle mental..... **Attention /concentration.**

Mémoire figurative..... Mémoire générale.

Mémoire logique 1.....mémoire générale.

Figuratif couplées 1.....mémoire générale.

Mots couplées 1.....mémoire générale.

Reproduction visuelle 1.....mémoire générale.

Mémoire des chiffres.....**attention/concentration.**

Mémoire visuelle.....**attention /concentration .**

Les quatre essais de rappel différé :

Mémoire logique 2-figures couplées 2-mots couplés 2 reproduction visuelle 2

La description des subtests :

information et orientation immédiate : série de question sur des données biographiques, historiques et d'information servant à un dépistage et permettant à l'examineur de détecter une désorientation pouvant affecter les résultats .

contrôle mental : le sujet doit exécuter des tâches faciles comme dire l'alphabet , compter de 20 à 0 à rebours. De 3 en 3.

Mémoire logique 1:deux courtes histoires qui sont lue au sujet par l'examineur et ensuite , on demande au sujet de redire les histoires de mémoire.

Mesure la mémoire verbale ,la mémoire semantique ,la mémoire déclarative, la mémoire du sens de l'histoire racontée .

La mémoire logique qui signifié le sens de la logique d'un récit , c'est-à-dire de la possibilité de construire le sens de ce récit ,le sens du récit qu'il a put sauvgardé dans sa mémoire .

Mémoire figuratif :des dessin abstrait sont montrés au sujet puis soustrait de sa vue , il doit identifier les dessins parmi un ensemble large de plusieurs dessins .

Figure couplées1 :des figures associées a des couleurs sont montrés au sujet puis soustrait de sa vue , on demande au sujet de montré les couleurs qui correspondent au x figures présentées .

Mots couplées1 :tache présentée oralement demandant au sujet d'apprendre des associations de mots singulier âpres lecture de 8 paires de mots, le premier mot des paires est lue au sujet , il doit dire le mot correspondant.

Mémoire des chiffres :séquences de chiffre lues au sujet , qu'il doit répéter dans le même ordre et dans l'ordre inverse.

Mémoire visuelle :série de stimuli présentes sur un plateau, tout d'abord l'examineur pointe successivement des cubes dans un même rythme, et le sujet doit pointer les mêmes cubes dans le même ordre puis dans l'ordre inverse .

Reproduction visuelle1 :série de dessins montrés un par un , âpres chaque présentation de dessin , on demande au sujet de le dessiner.

Mémoire logique2 :le sujet doit redire les deux histoires présentées précédemment dans mémoire logique1.

Figure couplées 2 :le sujet doit montré les couleurs qui correspondent aux figures qui sont présentées précédemment.

Mots couplées 2 :on présente oralement au sujet le 1 mot des paires ,il doit dire le mot qui lui est associé.

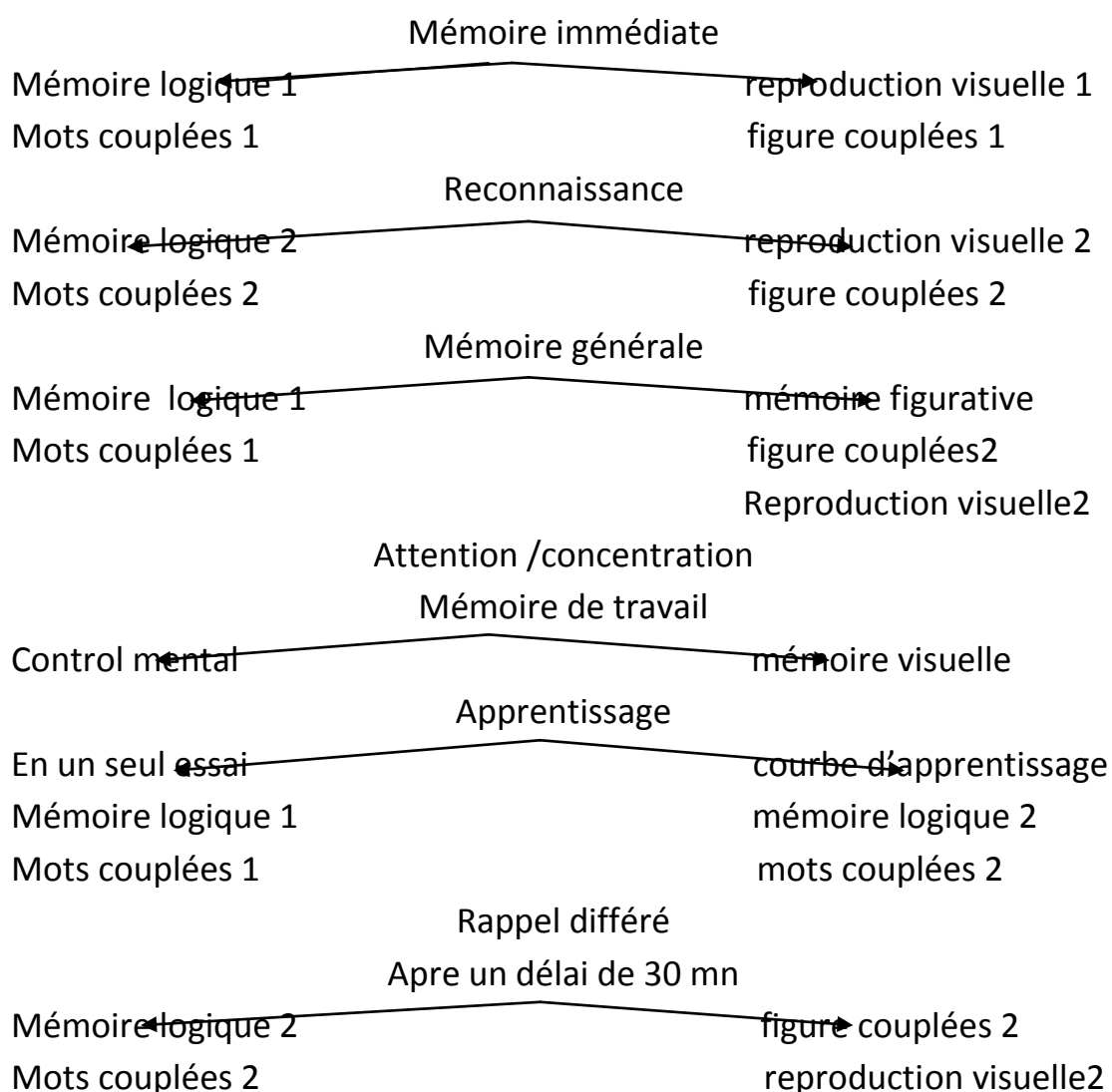
Reproduction visuelles 2 :on demande au sujet de redessiner les dessins qui sont montrées dans la première partie.

Les subtests principaux de la WMS-R :

Mémoire générale ; présentation auditive-présentation visuelle.

Attention /concentration ; présentation auditive – présentation visuelle.

Rappel différé ; présentation auditive-présentation visuelle.

Des axes cliniques de la mémoire du test :

La description des axes cliniques de la mémoire :

***mémoire immédiate** ;Indique la capacité du sujet à se rappeler l'information immédiatement après sa présentation orale ou visuelle.

***reconnaissance** ;Indique la capacité du sujet à reconnaître le potentiel retenu de l'information présentée visuellement ou oralement après un délai de 30mn .

***mémoire générale** ;représente une mesure globale de l'enregistrement de la mémoire auditive , visuelle.

***mémoire de travail** , ;attention /concentration ;la capacité du sujet à se rappeler et à manipuler l'information visuelle et orale stockée en mémoire à court terme.

***Apprentissage** :

***Apprentissage en un seul essai** ; la capacité du sujet à redire immédiatement l'information orale après une seule présentation .

***Courbe d'apprentissage** ; la capacité du sujet à acquérir de nouvelles information , après des apprentissage répétés , .

***Rappel différé** ; la capacité de reconstruction après un délai de 25 à 35 mn.

Le FAT :le test d'apperception de la famille :C'est le seul outil qui permet l'approche systémique des relations familiales .

Le test d'apperception de la famille FAT est un outil projectif qui se présente sous forme de 21 planches , il a été conçu pour la pratique clinique qui vise à intégrer dans le processus d'évaluation les aspects individuels et groupaux du fonctionnement familial.

Il est fondé sur la théorie systémique qui considère l'individu comme faisant partie d'un système plus large , le fonctionnement familial est

appréhendé dans ses aspects structuraux , dynamiques , affectifs et interactionnels,

La passation ressemble à celle des autres techniques projectives, cependant la consigne met l'accent sur l'évocation d'un cadre de référence cognitif et affectif centré sur la famille , les 21 planches doivent toutes être présentées au sujet .

Le temps 30à35 mn.

Chapitre 2 :les études de cas :

A/ le récit biographique du cas :

1/apprentissage et développement :

Nabila âgée de 18 ans , est une jeune fille issue d'une famille moyenne , son père âgé de 45 ans travaille comme gardien dans une société , quant à la mère , âgé de 40 ans , elle est femme au foyer .Le couple a trois enfants ; Nabila l'ainée, le deuxième un garçon ; Mohamed âgé de 16 ans , il est en deuxième année secondaire, et la troisième , une fille Meriem , âgée de 12 ans , en première année moyenne.

Concernant son développement , Les acquisitions de la marche, du langage et de la propreté se sont faites dans les temps. L'audition et la vue sont correctes, Il n'y a pas d'antécédents familiaux particuliers, Les parents de Nabila ne donne pas beaucoup d'importance à leur fille , parce qu'elle a vécu son enfance au début chez sa grand mère. »après le décès de sa grand mère ,elle a revenue de vivre à la maison de ses parents » ; Ces difficultés d'ordre familial ont beaucoup perturbé Nabila au niveau des apprentissages ,à la maison, la maman décrit des

difficultés à se concentrer au quotidien, un enfant qui est lent. Sa maman dit qu'elle n'est pas autonome dans les activités de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas.....) .l'apparition de sa pathologie de l'épilepsie depuis son enfance a l'âge de 7 ans .

2/apprentissage scolaire : Nabila est passée de classe en classe en suivant un cursus classique. Concernant sa socialisation, l'intégration dans la classe est difficile. Les relations ne sont pas sereines avec ses pairs : il y a régulièrement des petites histoires. La maman dit de plus que Nabila lui rapporte des moqueries de la part de ses camarades, qui tournent globalement autour du fait qu'elle fait des crises en classe .au fur et à mesure de ses études , la pathologie de l'épilepsie a commencé à s'exprimer de plus en plus , provoquant des difficultés scolaire .importantes par exemple :une lenteur dans la compréhension des leçons , En mathématiques, Nabila connaît approximativement de grave problème en dyscalculie ,elle a du mal à effectuer les tracés. Les notions d'unité et de dizaine ne sont pas acquises .elle n'est pas capable d'abstraction ni de généralisation. Il lui arrive de dire dès qu'elle rentre en classe qu'elle ne veut pas travailler. Cela est indépendant du jour ou du moment de la journée., elle est têtue et ne rien faire. En ce moment, elle ne fait presque plus rien en classe. Elle est dépassée par les exigences scolaires d'autant qu'elle n'avance pas .ses difficultés d'apprentissage et de concentration s'aggravent elle , ce qui la défavorise en rapport a ses camarades de classe de l'empêchent de suivre sa maitresse. elle a refait sa 5 année .mais à partir de l'âge de 13 ans ,elle a arrêté ses études , elle ne pouvait pas poursuivre et s'adapter au rythme des études.

3/apprentissage mnésique :

Nabila a arrêté ses études en première année de collège à l'âge de 13 ans , elle ne pouvait pas poursuivre ses études, car ,elle avait beaucoup de difficultés de concentration et de mémorisation , elle ne pouvait pas s'adapter au rythme des études, après des résultats catastrophiques, elle abandonne les études , Pendant deux ans Nabila est restée a la maison renfermé sur elle même , parce qu'elle était influencé parle diagnostic évaluateur de sa maladie qui disait que la baisse de ses

études était due à la pathologie d'épilepsie, c'est pour cela que Nabila a abandonné ses études et ne voulait même pas faire des efforts pour équilibrer ses capacités réflexives.

À l'âge de 16 ans, elle voulut occuper sa vie par l'apprentissage d'un métier ou d'autre chose, qui soulagerait sa maladie. Pour cela, elle a choisi la couture, elle est rentrée au centre de formation pour faire ce métier. Quelques jours après, Nabila n'a pas pu apprendre les leçons de couture, ça n'a pas marché. Alors Nabila a décidé de rester à la maison ; manger et voir sans rien faire. Sa famille ne l'a pas aidé à sortir de l'écart de la vie sociale. Ce qui a aggravé l'évolution de son état dans tous les domaines (physiquement, psychologiquement.....).

B-Histoire de la maladie et description du phénomène :

***l'apparition de la pathologie de l'épilepsie:**

Nabila, souffre de la pathologie de l'épilepsie depuis son enfance à l'âge de 7 ans. Nous avons noté qu'elle a eu des convulsions fébriles à 18 mois « d'après ce qu'elle a dit sa mère » après un traitement à base d'antibiotique, son état s'est amélioré et elle n'a plus refait des convulsions jusqu'à sa première crise à 7 ans. Elle était à l'école où ses camarades ont repéré qu'elle était anormale, elle avait des moments où elle était coupée de son entourage. Nabila a senti d'une façon fugitive des moments de sensation dans sa tête, le regard est un peu vague avec des mouvements inhabituels des mains et du visage, suivis d'une fatigue » des états d'absence ».

***l'évolution de la pathologie de l'épilepsie :**

Au cours de la semaine Nabila a fait 2 crises ; une à l'école et la 2 à la maison ; Sa mère a amené sa fille au médecin « spécialiste » il a commencé par un examen clinique, où la mère lui a raconté en détails **la crise**, après on lui a proposé des examens complémentaires ; le EEG puis le scanner, les résultats d'EEG ont démontré une anomalie paroxysmale, alors que le scanner n'a rien démontré.

*** Diagnostic de l'épilepsie :**

après deux consultations chez son neurologue , le diagnostic spécifia la présence de l'épilepsie essentielle avec des crises partielles, Mais la cause déclenchant les crises était toujours psychologique , la première crise ; après quelque mois du décès de sa grand-mère, ensuite à chaque fois qu'elle ne se sent pas bien elle pique une crise .

« elle était trop reliée à sa grand mère « elle était traumatisée » dès qu'elle était au collège , elle ne sentait pas bien , Selon ses propos « nouvelle situation » envers ses camarades et sa maîtresse , Son malaise devenait fréquent accompagné de crises 2 à 3 fois par semaine. Depuis sa première consultation , Nabila prend des médicaments .

Au fur et à mesure que la fréquence des crises diminue , la crise de l'épilepsie s'est stabilisée 1 à 2 fois par mois depuis l'âge de 8 ans , Nabila prend toujours les médicaments , après 3 ans de crise d'épilepsie Nabila a commencé à connaître de sérieuses difficultés scolaires .

C'est à dire dès l'âge de 9 ans , une lenteur dans la compréhension , elle ne peut pas suivre sa maîtresse , des difficultés de concentration , avec des absences, elle m'a dit « je ne peux pas me concentrer sur quelque chose dans le cours pendant la période où la maîtresse explique sa leçon . la période où elle fait les crises 1 à 2 fois par mois , le médecin lui a confirmé que c'était dû à sa pathologie. Sa mère lui a arrêté le traitement , d'après elle , c'est lui qui est responsable de ses difficultés scolaires.

Quelques mois après la fréquence des crises a augmenté à cause de l'arrêt des médicaments « réapparition des crises ».....2 à 3 fois par semaine .

À l'âge de 10 ans , N a repris ses médicaments qui ont fait des effets secondaires sur sa scolarisation , Ses résultats scolaires sont « en baisse permanents ».....la fréquence des crises a diminué, à l'âge de 11 ans , Elle a refait sa 5^{ème} année avec stabilisation des crises . À l'âge de 13 ans elle arrête le collège au niveau moyen, plus de capacités pour suivre ses études .

Présentation du deuxième cas :**A- Le récit biographique du cas K :****1-apprentissage et développement :**

Kamel est un jeune homme âgé de 16 ans. Il vit dans une simple famille bien éduqué , bien situé, dont le père est entrepreneur âgé de 52ans , niveau scolaire moyen, il a fait une formation en construction .la mère femme au foyer âgée de 47 ans , elle s'est marié a l'âge de 20 ans , niveau scolaire primaire .

Kamel est le quatrième enfant après 3 sœurs ;l'ainée de ses sœurs aicha âgée de 27 ans prépare son magistère en sciences commerciales.la deuxième Khadîdja âgée de 25 ans travaille autant que secrétaire , la troisième sœur Amina 21 ans étudiante à L'université. Son hunnique frère ilyess âgé de 12 ans est en première année collège.

Concernant son développement , La propreté diurne a été acquise vers 2 ans et la nocturne après 3 ans .L'audition est correcte. Le développement langagier se fait dans les temps, les premiers mots apparaissant vers l'âge de 1 an. La famille décrit un sommeil, non réparateur, très agité avec des réveils, des peurs et des cauchemars. Il n'y a pas d'antécédents familiaux particuliers, Kamel a des sœurs qui n'ont pas de soucis particuliers. La maman précise qu'elles sont très proches. Et qu'il est autonome dans les activités de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas). En extrascolaire, il pratique le foot.

2-l'apprentissage scolaire :

Kamel est passée de classe en classe en suivant un cursus classique. Kamel est un lycéen en première année , C'est un jeune adolescent qui est turbulent , ,Kamel a des copains il n'a jamais refait ses années scolaires , Il a eu toujours des notes moyennes . Kamel était renforcé par le suivi de ses études, ce qui lui a permis d'acquérir , un niveau normal primaire et secondaire , ses résultats scolaire étaient toujours

moyens ,concernant les performances scolaires du cas (ya des matières ou il a un échec mais ya des matière ou il a une réussite.

Seulement quelques difficultés d'apprentissage des leçons ,qui lui exigent des efforts supplémentaires pour les retenir

Après 10 ans ,de l'apparition de la pathologie d'épilepsie Kamel commence à trouver des difficultés d'attention ,pendant les cours de ses professeurs du lycée.Il connaît également des difficultés pour 'acquérir de nouvelles informations , Il fait toujours des efforts beaucoup plus que ses camarades. il prend beaucoup de temp pour répondre a une tache que se soit simple ou complexe. il trouve des difficultés quand leur demande de mémoriser des leçons , mais a force des apprentissages répétés , il peut réussir de retenir .

Comme ses sœurs ont des résultats supérieurs moyens , elles s'organisent pour lui faciliter apprentissages par la répétition des leçons.

3-Apprentissage mnésique :

Ils ont grandi entourés d'amour et de respect de leur parents ,Ils ne leur manquent rien .Bien cultivés , ce qui leur a permis de suivre leurs études supérieure et d' aider leur frère à mené un premier parcours scolaire . Kamel est un lycéen en première année , il n'a jamais refait ses années scolaires , Il a eu toujours des notes moyennes , il veut continuer ses études, C' est un enfant épileptique qui a subit sa pathologie depuis son jeune âge 3 ans de type grand mal généralisé , ce qui influence malheureusement ces dernières années, son moral et commence à l'inquiéter de son avenir concernant sa pathologie et ses effets secondaires .Mais ça reste toujours loin de la pensé de sa famille qui prend toujours la première place pour l'aider.

B-L'histoire de la pathologie ;

***L'apparition de la pathologie de l'épilepsie :**

Kamel souffre de la pathologie de l'épilepsie depuis l âge de 3 ans , Il vit avec sa maladie depuis son jeune âge , a fait une convulsion fébrile à 7 mois , il a été hospitalisé pendant 5 jours , Après la sortie de l hôpital, il n'a plus fait de fébrilité . A l âge de 3 ans Kamel fait pour la première fois une crise de type grand mal généralisé « selon sa grand sœur » Kamel était entrain de jouer lorsque celui-ci à pousser un cri (perdre la

conscience –contraction des muscles – mauvais respiration)Il a été amené à l'hôpital tout de suite, et après les bilans et les analyses rien n'est anormal,

***Le diagnostic de l'épilepsie :**

Après quelques jours Kamel a fait une autre crise encore une autre fois suivis d'une autre hospitalisation qui a duré 3 jours , Durant ces jours , il a fait des crises et il est sorti de l'hôpital avec un diagnostic d'épilepsie idiopathique généralisée et avec un traitement anti épileptique « dépakine 500g».

***l'évolution de la pathologie d'épilepsie :**

Kamel avec le suivi du traitement, les crises ont diminué au fur et à mesure1 fois par 15 jours ensuite ,1fois par moi ,une diminution progressive des crises jusqu'à l'âge de 9 ans -10ans il a réussi à consolider une stabilisation des crises .

La période entre 10ans-12ansstabilisations des crises , mais à chaque fois qu'il part chez son médecin ,il lui a conseillé de ne pas arrêter son traitement, La dose n'a pas changé depuis l'âge de 13 ans. les crises reviennent parce que d'après le médecin ces doses ont commencé à ne plus donner d'effet , IL a fait une crise à la maison ,et il est amené chez le médecin suivis d'un traitement réajusté, Depuis cette période , Kamel fait des crises mais de plus en plus rarement , jusqu'à l'âge de 15 ans, Après une année Kamel ne fait plus de crise.

-Le vécu psychologique du cas :

Kamel a un comportement normal un peu timide , un discours qui semble cohérent ,une tenue soignée , On peut dire que les répercussions de l'épilepsie sur son Corps .Et sur la vie du cas se révèlent très légères et relativement supportables .

Il a l'esprit d'un être bien vivant , un peu nerveux ,Il est toujours motivé à entretenir des relations d'échange avec l'entourage Sa communication envers le social est normale

Chapitre 3 : les résultats du test :

1/les résultats du test suivant les consignes de la passation du

test :premier cas :

subtest1 : « contrôle mental »

observations : dans le premier item Nabila a réussi de conter de 20 a0, elle n'a pas trouver des difficultés et le même cas pour le deuxième item par contre dans le troisième a trouvée quelque difficultés , elle a pris un peu de temps pour répondre.

Analyse :les résultats était 4/6 par la moyenne , Nabila était attentif dans le début , elle a réussie dans les taches faciles.

Subtest2 : «mémoire figurative »

Observations :elle n'a pas put identifier les dessins parmi l'ensemble large des dessins.

Analyse :3/10même pas la moyenne , des résultats trop faible, elle n' a pas pu apprendre le dessin , Elle a trouvé des difficultés pour rappeler le dessin qu' elle a vue.

Subtest 3 : « mémoire logique ».

Observation :elle a pu redire les deux histoires mais ya des phrases qu'elle a oublié et même a mélangé la classification des phrases.

analyse:15/25 histoire A et 14/25 pour histoire B. le cas a pu réussie d' enregistre quelque phrases de l histoire, Mais elle a oublié d' autres phrases . Le problème c' est que Nabila a pu enregistrer mais pas dans l' ordre ,ya un mélange dans la classification des phrases ,Elle n'a pas de capacités réflexif pour traiter le sens des phrases .

subtest4 : « figure couplées ».

observations :elle n' a pas compris le subtest, pour elle, il est trop difficile ,et elle n'arrive pas à présenter de donnée de réponses.

analyse:8/18 elle n'a pas pu se rappeler les couleurs qui correspondent la figure .Elle a fait un échec elle n' a pas réussie, et même avec beaucoup de répétition elle n'a pas réussie .

subtest5 : « mots couplées »

observations :elle a aimé ce subtest pour elle c'est facile .elle va réussir
analyse:11/12 pour les mots faciles et 5/12 pour les mots difficile .elle a put retenir les mots facile avec beaucoup de répétition mais concernant les mots difficiles , elle a fait un échec totale .concernant les mots difficiles ya pas eu de différence entre la première réponse et la dernière . on peut dire ya déficit total des capacités d'apprentissage qui sont entretenus par des troubles de la mémoire .

Subtest6 ; « reproduction visuelle »

Observations :elle aime le dessin et elle a envie de dessiner .Elle était trop motivée pour se subtest.

Analyse :29/41 c' est le seul quel a intéressé ,Elle a réussie mais elle a fait des échecs aux détails . Elle a montré une consolidation globale d'une perception visuelle ,qu'elle n'a pas pu que partiellement reproduire.

Subtest7 : « mémoire des chiffres »

Observations :elle a voulu arrêté et ne pas continuer. elle a commencé d'être fatiguée, aucun intérêt .

analyse :5/12 même pas la moyenne , même avec beaucoup de répétition et elle a fait un échec . Elle n' a pas pu se concentrer sur les chiffres , elle se rappelle seulement les 3 premiers chiffres .

subtest 8 : « mémoire visuelle »

observations :elle n'arrive pas a se concentrer sur les cubes.

analyse:4/14 elle a fait un grand échec a ce subtest , Elle a du mal à retenir tous les details.

le rappel :En ce qui concerne les subtests du rappel ya quelques informations enregistrées mais beaucoup d'éléments ont été oublié

Discussion ;pour le premier cas :

D'après le suivi du cas au cours des entretiens on a découvert que le cas souffre de dysfonctionnement de la mémoire et après les résultats du test nous avons confirmé ce déficit, parmi les modalités des dysfonctionnements de la mémoire :

Elle oublie facilement les informations qu'elle vient de voir ou d'entendre, la nature de l'oubli est liée aux difficultés pour enregistrer les informations, à cause d'un manque d'attention. Le subtest de mémoire des chiffres et mémoire visuelle n'a même pas atteint la moyenne, même dans la vie de tous les jours ; elle oublie des dates, elle oublie ou elle met ses affaires, Elle oublie tout ce qu'elle a projeté de faire, lorsqu'on l'envoie faire des commissions.

Puisque elle a des difficultés de concentration donc elle ne peut pas enregistrer l'information, que ce soit d'une longue durée ou d'une brève durée. D'après les résultats des subtests qui mesurent la mémoire à court terme « même pas la moyenne que ce soit les subtests verbal ou visuel », le cas n'a pas pu répéter immédiatement une série de syllabes ou de chiffres, Elle a un échec au niveau de la conservation de la mémoire immédiate ou l'empan mnésique ; c'est le 1^{er} aspect qui distingue la mémoire à court terme, ceci vérifié précisément dans l'augmentation du nombre des items contenus. Elle ne peut pas se rappeler de l'information tout juste après l'examineur.

Le maintien de l'information saisie : le processus d'auto-répétition, c'est un autre aspect qui différencie la mémoire à court terme des autres registres concerne la possibilité de maintenir pendant quelque temps l'information saisie, D'après les subtests « figures couplées et mots couplés » le cas n'a pas réussi après plusieurs répétitions.

En ce qui concerne le rappel, après une durée de 30 minutes le cas trouve des difficultés pour récupérer l'information qu'il a déjà enregistré, Nabila dans tous les subtests de rappel a fait un échec donc non seulement la mémoire à court terme est défaillante mais aussi le rappel qui est l'aspect essentiel pour la mémoire à long terme ; le processus de récupération de la trace mnésique.

pour se rappeler de la trace mnésique, il faut qu'elle enregistre, transforme en un format approprié l'information afin de pouvoir se la représenter en mémoire, sous forme de trace mnésique. Ensuite la conserverez en mémoire permanente, afin de pouvoir la restituer.

1/les subtest de la mémoire a court terme :

mémoire verbale+mémoire visuelle.

Mémoire verbale : mémoire logique 1+mots couplés 1=74.

Mémoire visuelle :mémoire figurative +figure couplées 1 + reproduction visuelle 1=40.

2/mémoire générale=mémoire verbale +mémoire visuelle=74+40=114

3/les subtests d'attention et de concentration :

contrôle mental+mémoire des chiffres +mémoire visuelle.

Attention et concentration =40

4/les subtests du rappel différé :mémoire logique 2+figure couplées 2+mots couplées 2+reproduction visuelle 2.

Rappel différé=55.

Interprétation des résultats du test :

1/Mémoire a court terme :

***mémoire verbale** :le niveau est juste à la moyenne , c' est à dire elle peut redire ou répéter l'information qu'elle vient d'entendre mais seulement elle oublié des indices pour la répéter ou la récupérer.

***mémoire visuelle** :le niveau est faible ,même pas la moyenne ,elle a trouvé des difficultés d'apprendre les dessins.

Elle a des difficultés a maintenir l'information de façon temporaire, les résultats sont faibles par rapport à son âge.

2/Attention /concentration :

Elle a un faible niveau dans les épreuves de l'attention et de la concentration , c'est-à-dire qu' elle trouve des difficultés pour traiter et manipuler l'information qu'elle vient d'entendre ou de voir .

3/Rappel différé :trop faible à ce niveau.

Conclusion :le cas souffre d'une déficience de la mémoire , elle ne peut pas enregistrer l'information qu'elle vient d'entendre ou de voir à cause d'un manque des indice s pour la récupérer ,Quelques difficultés d'attention apparaissent ,même si elle enregistre l'information ,Elle trouve des difficultés de la récupérer « rappelé » ou de reconnaître .on peut dire que le sujet souffre d'une déficience de la mémoire , toutes les opérations de la mémoire sont touchées surtout celles provenant du traitement de la fonction visuelle ainsi que la fonction verbale.

L'épreuve des troubles de la mémoire :

Son attitude au cours de la passation a révélé une certaine anxiété ,elle n'a pas posé des questions, comme elle n'a pas était motivé, elle était un peu stresser . Mais en ce qui concerne la réussite ou l'échec des subtests attitude normale « aucun commentaire » , elle préfère terminer très vite sans connaitre les résultats .

Son déficit de mémoire à la WMS-R est de faible niveau ,en fait , elle exposé un faible niveau dans les épreuves la perception visuelle ainsi que dans les épreuves de la perception verbale , Puis apparait un niveau trop faible dans les épreuves du rappel différé, ce qui donne un résultats global faible et en même temps cela prouve que le sujet souffre d'une déficience de la mémoire .En outre , si l'on compare les notes obtenues au tableaux qui prennent compte de son âge , toutes elles dévoilent une baisse résultats.

A l'intérieur de chaque item , les résultats sont différents, L'écart entre les items qui mesurent la mémoire immédiate comme la mémoire à court terme et les items qui mesurent le rappel différé « la mémoire a long terme » , signale l'existence de difficultés particulières dans le registre visuel ce qui expose le contraire dans le registre verbal « auditif » .

L'écart entre les résultats de la première réponse et les résultats par beaucoup de répétition « courbe d'apprentissage »

En examinant le détail des notes mémoire générale , attention , rappel différé , on constate que les résultats aux épreuves montrent une diminution dans les capacités de mémorisation ,Ils sont trop faibles , en particulier dans le domaine de la récupération « rappel » les information qui sont enregistré après beaucoup de répétition pour mémorisation Elle demeure de faible niveau en rappel libre , mais sont abaissée par le manque d'attention et de concentration ,qui sont des aspects spécifiques à la pathologie de l'épilepsie « ses facteurs » influencent la faiblesse du niveau de la mémorisation .

Nabila a commencé à faire des crises très top dès l'âge de l'enfance Ce qui a permit l'apparition d'autre troubles, difficultés de concentration ,

des troubles d'apprentissage , trouble de la mémoire , Nabila a un niveau moyen de connaissance même si ces explication sont parfois pas claires , ses capacités d'analyse sont faible ;sa compréhension des situations est également faible ,on note toute des fluctuations régressives ou elle ne sait plus répondre , Elle sait prendre le temps de réfléchir ,lorsque la tache se complique mais les résultats restent faibles.

On peut dire que le milieu du cas Nabila ne participe pas a créer de l'intérêt pour son instruction , Au contraire il existe des déséquilibres socio familiaux qui participent à provoquer une carence intégrative profonde

Les résultats du test pour le deuxième cas suivant les consignes de la passation du test :

subtest1 : « contrôle mental » :

observations : pour le cas d'après les explications de l'examineur ceux sont des tâches faciles. Il était trop calme.

Analyse : 4/6 le niveau de Kamel est au moyen, il a pu réussir à ce subtest , c'est-à-dire qu'il a pu se rappeler l'information juste après l'examineur .

Subtest2 : « mémoire figurative » :

Observations : il a trouvé quelque difficultés pour enregistrer les dessins parce que 'd'après lui ,ils sont tous pareils.

Analyse : 5/10 les résultats sont ils à la moyenne, ou trouve quelque difficultés pour enregistrer les dessins , donc il a pris beaucoup de temps pour apprendre les dessins.

Subtest3 : « mémoire logique » :

Observations : le cas a pu redire les deux histoires après l'examineur sans trouver de difficultés .

Analyse : l'histoire a/20 et b/18 la capacité d'enregistrer les histoires , était présente , seulement manque d'indices pour les récupérer , à cause d'un affaiblissement de la concentration ,il y a l'évaluation langagière «mémoire de texte » la logique est préservée, Seulement absence de quelque phrase néanmoins ;il présente des capacités de traitement d'une logique racontée .

Subtest4 : « figure couplées » :

Observations : Kamel a compris le subtest .Seulement , pour lui ,il reste un peu difficile par rapport aux autres subtests.

Analyse : 4/6-3/6-3/6. :pour la première partie Kamel a du mal de se rappeler les couleurs qui correspondent à la figure , Mais il a réussi par la répétition , c' est à dire à force d'apprentissage il a pu enregistrer et même se rappeler.

Subtest 5 : « mots couplées » :

Observations : il a aimé ce subtest .pour lui il est comme un jeu sans difficultés.

Analyse : facile 4/4*4/4*4/4 difficile 1/4*1/4*3/4 a pu retenir les mots faciles mais les mots difficiles par répétitions ,il a réussi à les enregistrer.

La remarque c'est qu'il existe un écart entre les résultats de la première réponse et les résultats après beaucoup de répétition.

Subtest 6: « reproduction visuelle » :

Observations :Kamel n'a pas aimé ce subtest ,Il a commencé à être désintéressé , il est trop long. Et par ailleurs il n'aime pas le dessin ni dessiner.

Analyse : 25/41 :tout juste la moyenne, Au cours de la passation de ce subtest , il n'était pas motivé pour prendre l' attention d'enregistrer les dessins et puis les reproduire .

Subtest7: « mémoire des chiffres » :

Observations :kamel a pu se concentrer sur ce subtest ,pour lui ce sont des taches simples .

Analyse : ordre direct :12/12-ordre inverse6/12. dans l' ordre directe ,il a réussi mais dans l'ordre inverse ,il a mélangé les chiffres .

Subtest 8 : »mémoire visuel » :

Observations ;la même chose comme le subtest précédent .il est arrivé a être attentif dans ce subtest. Mais il a mélangé l'ordre inverse.

Analyse : ordre direct10/14- ordre inverse5/12:la même chose comme mémoire des chiffres , dans l'ordre directe ,il a réussi mais a échoué dans l'ordre inverse , Il fallait non seulement montrer de l'attention pour enregistrer mais aussi traiter et manipuler l'information enregistrée.

La perception visuelle est présente ,il arrive à concentrer son attention sur les cubes ,mais montre quelques perturbations dans l'ordre inverse .

RAPPEL :

Dans l'ensemble des résultats sont enregistrés l'information est consolidée mais aussi restituée et permet de rappeler l'information Kamel a pu réussir cette partie , Le problème qui se pose c'est qu'il a pris beaucoup plus de temps que les autres parties.

Discussion :

Kamel a réussi certains subtest mais a fait des échecs dans d'autres subtests , Kamel a une faiblesse au niveau d'apprentissage , il a

appris avec de difficultés , et pour qu' il puisse se rappeler les informations qu' il a enregistré il prend encore beaucoup de temps, Parfois il se rappelle l'information mais parfois non.

1/les subtests de la mémoire a court terme :

mémoire verbale+mémoire visuelle .

mémoire verbale :mémoire logique 1+mots couplées 1=93

mémoire visuelle :mémoire figurative+figure couplées1+reproduction visuelle=41

2/mémoire générale=mémoire verbale+mémoire visuelle

mémoire générale=93+41=134.

3/Les subtests d'attention et de concentration :

Contrôle mental+mémoire des chiffres +mémoire visuelle

Attention /concentration =60

4/les subtests de rappel différé :

Mémoire logique 2+figure couplées 2+mots couplées2 +reproduction visuelle 2

Rappel différé=71

Interprétation des résultats du test :

1/Mémoire a court terme :

***mémoire verbale** :le niveau est moyen , il a pu enregistrer l'information mais seulement quelques repères ont été rappelés.

***mémoire visuelle** :le niveau est moyen.

Kamel a la capacité de maintenir l'information de façon temporaire seulement il faut qu'il se répète plusieurs fois pour qu'il puisse les enregistrés.

2/Attention /concentration :

Le niveau est a la moyenne dans les épreuves de l'attention ,il a pu traiter et manipuler l'information seulement il prend beaucoup de temps par rapport aux normes de l'épreuve .

3/Rappel différé :les résultats sont moyens , c'est-à-dire après un délai de 35 mn , il a pu récupéré les informations précédentes.

Le problème c'est que le sujet après les répétitions d'apprentissage ;il peut retenir si non ,il prend beaucoup de temps pour répondre.

L'épreuve des troubles de mémoire :

Au cours de la passation d'épreuve d'efficiences, le cas était très motivé, il a parlé beaucoup, posé des questions sur toutes sortes de choses. Son efficacité mesurée à la WMS-R est de niveau moyen, il a un niveau plus moyen dans les épreuves verbales que les épreuves visuelles même dans les épreuves de rappel différé, ce qui a donné le résultat global plus moyen, on compare les notes obtenues au tableau prenant en compte son âge, toutes situent les moyennes obtenues, les résultats s'évaluent autour de la moyenne. Que cela soit dans les items qui mesurent la mémoire à court terme que les items du rappel, seulement la différence dans les items de concentration, l'écart entre les résultats après beaucoup de répétition « courbe d'apprentissage » montre les résultats du sujet dans la première réponse sont inférieurs que ceux de la dernière réponse.

On peut dire que le milieu familial du cas Kamel joue un rôle important pour aider à apprendre pour l'enregistrement en mémoire.

2/ Les trois domaines retenues par l'examen :**-mémoire immédiate :MCT :**

Avec Nabila, le travail dans ce domaine a porté tout d'abord sur la capacité de restituer une information immédiatement après la représentation. Nabila est en difficulté sur les tâches qui la mettent en jeu. Cela veut dire que Nabila peut redire l'information qu'elle vient d'entendre mais elle oublie l'indice pour la récupérer.

Elle a des difficultés à maintenir l'information de façon temporaire.

Le bilan met en évidence qu'elle est faible : elle ne parvient par exemple pas à mémoriser les phrases de l'histoire cibles sur le subtest mémoire logique qui signifie le sens de la logique d'un récit, ya une perturbation

dans le sens des phrases , elle ne peut pas sauvegarder dans sa mémoire le sens de récit.

Même si elle répète plusieurs fois Elle ne le fait pas d'elle-même. Et du fait d'une mémoire faible, elle perd rapidement les informations, et décide souvent dans ce cas de faire ce qu'elle veut. L'objectif était qu'elle répète au moins une partie des informations entendues, car souvent après un énoncé oral, il fallait donc qu'elle prenne confiance dans sa capacité à écouter certains éléments et à les restituer.

Avec Kamel , au niveau de la mémoire immédiate ; on peut dire qu'il a des capacité à maintenir l'information de façon temporaire , seulement ,il faut qu'il répète plusieurs fois pour qu'il puisse les enregistrer. Le subtest qui a confirmé cette thématique ,mots couplés , y avait un écart entre les résultats de la première réponse et la dernière réponse .de plus , cet axe de travail est abordé dans sa scolarisation , nous avons convenu qu'il fallait insisté sur la stratégie de la répétition pour, acquérir des nouveaux connaissance et enregistre des données.

Concernant le cas k présente beaucoup plus des capacités par rapport au premier cas , dans le traitement d'un logique raconté , la logique est préservé « le subtest mémoire logique ».

Domaine de la mémoire du travail :

Les capacités attentionnelles visuelle ou auditive ;

Nabila a un faible niveau dans les épreuves de l'attention et de la concentration , citons comme exemple le subtest contrôle mental ou mémoire des chiffres , Nabila est lente dans l'observation, ce qui explique le nombre élevé d'omissions. Malgré cela, La mémoire de

travail est également faible, La vitesse de traitement est correcte mais le nombre d'oublis est beaucoup trop élevé. Les capacités d'attention soutenue dans le subtest sont déficitaires. Ce qui prouve les difficultés en matière mathématique et de dyscalculie dans sa scolarisation .

Elle n'a pas des capacités d'abstraction pour être attentif .elle trouve des difficultés à traiter et de manipulé l'information qu'elle vient de la voir ou de l'entendre. même dans la vie scolaire des erreurs d'inattention dans les devoirs, une tendance à éviter tous les activités qui nécessite un effort mental soutenu, des difficultés à retenir les consignes et les appliques , tous cela permis des résultats scolaire catastrophique , qui se sont soldés par un échec scolaire .

Avec Kamel , il a put répondre au subtest qui mesure la mémoire du travail , malgré les difficultés d' attention , mais seulement ,il prend beaucoup du temp par rapport aux normes .c est à dire , la vitesse du traitement est incorrecte .la lenteur est prédominante et le pénalise dans ses performances. mais il a des capacités à traité et à manipulé les informations par rapport au premier cas .

Domaine de la mémoire à long terme ou le rappel différé ;

Le travail de la mémoire désigne la mémoire différé dans le test , son utilisation associé à des activités mentales , la capacité d'enregistré l'information dans le premier temps , et de récupéré ou restitué l'information qui était enregistre dans le deuxième temps, après un délai de 30mn .

Nabila dans tous les subtests de rappel différé a fait un échec donc non seulement la mémoire immédiate est défailante mais aussi le rappel qui

est l'aspect essentiel pour la mémoire à long terme, le processus de récupération de la trace mnésique. On peut dire que toutes les opérations de la mémoire sont touchées ; encodage, stockage et récupération, elle n'a pas des capacités de stockage durable.

Concernant Kamel, la capacité à récupérer l'information, seulement prend beaucoup de temps pour répondre à une tâche.

Les indices perceptifs auditif et visuels :

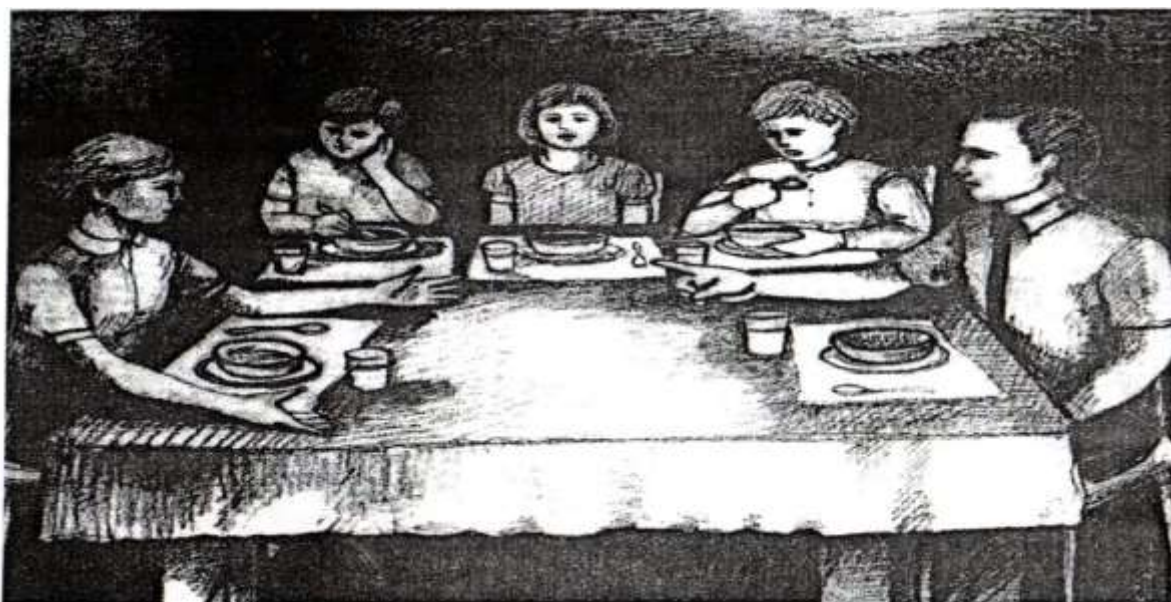
Pour les deux cas pratiques la perception est touchée ; le cas N -elle a une consolidation d'une perception visuelle que auditive « un échec », qu'elle peut partiellement reproduire, mais le cas K a beaucoup plus des capacités à ce niveau par rapport au premier cas.

Le FAT : les tests d'appréhension de la famille :

L'importance de notre choix qui est basé sur ces planches, pour voir le milieu familial des cas, leur mode de vie, le comportement de chacun d'eux envers les membres de la famille pour voir la relation « père – enfants » et dégager des sens s'il s'agit des réactions normales ou anormales.

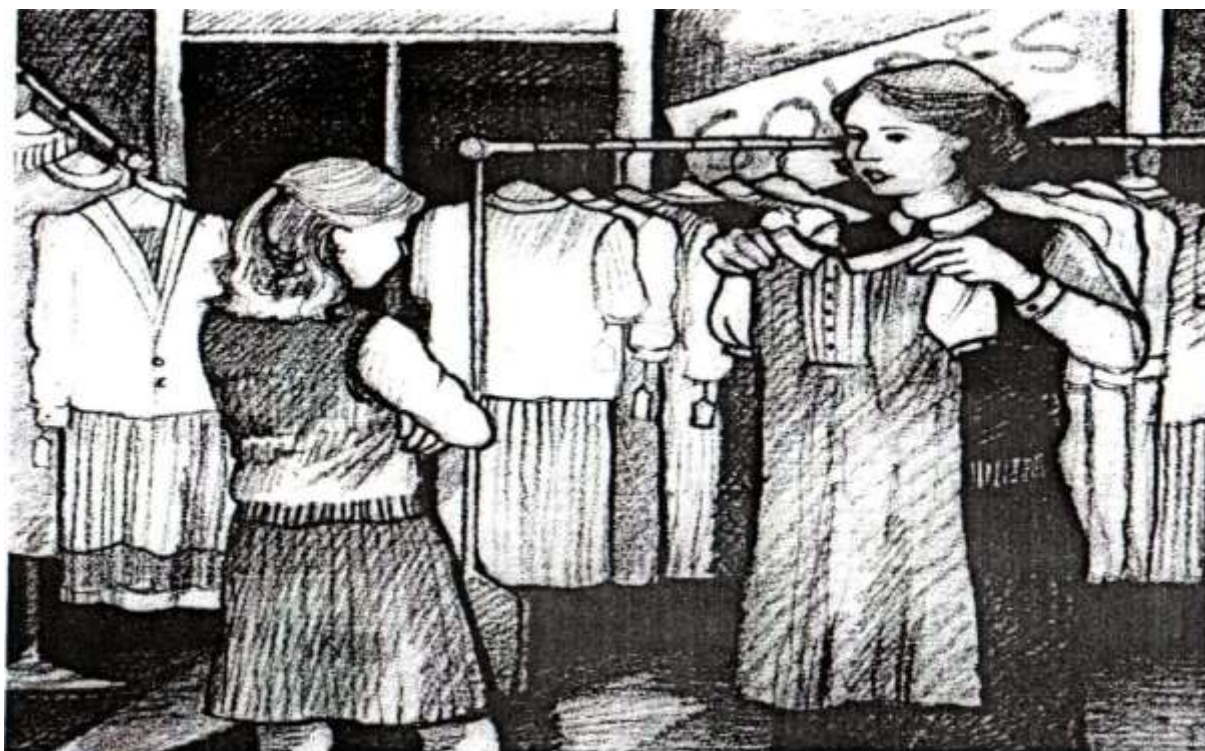
Pour voir la relation « mère – enfant » et l'affection échangée chaque élément pour l'autre.

La première planche :



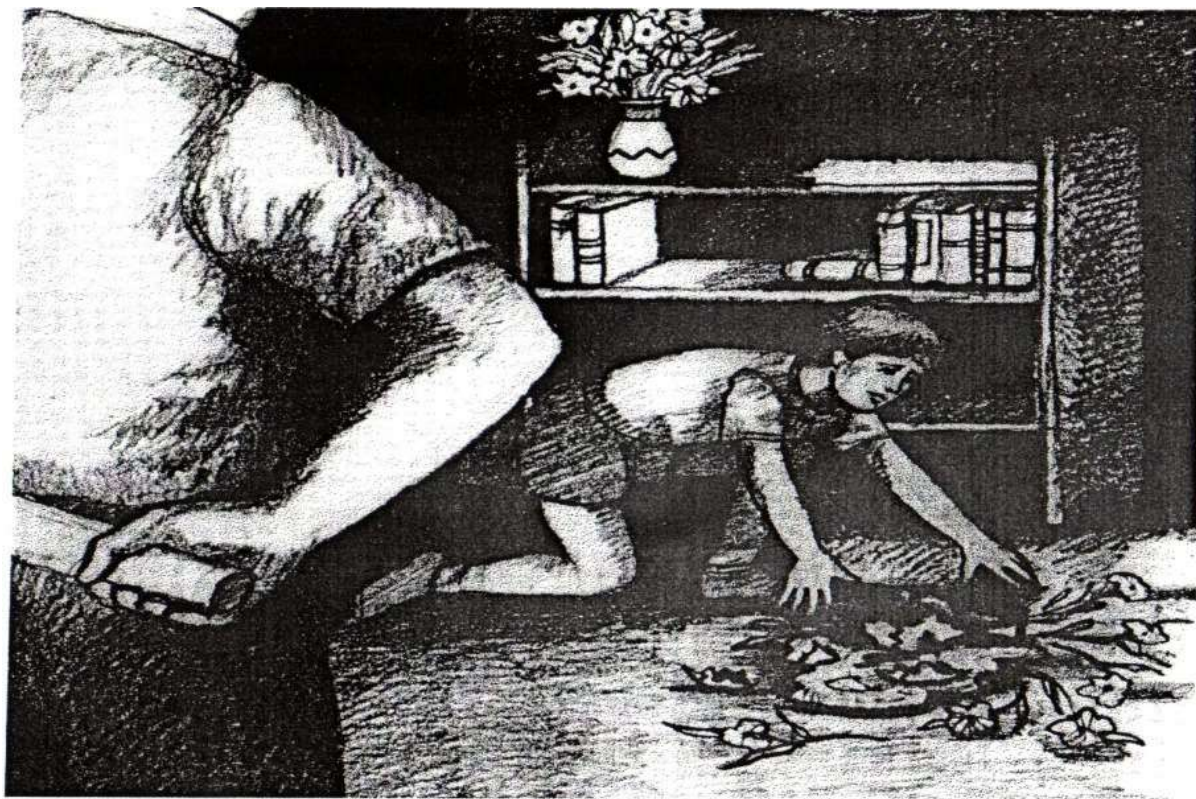
La réponse du cas « n »	Analyse et interprétation	La thématique à dégager
<p> راهم مداورين على طابله نتع لفظور ،باين و ماهم راهم يدابزو،الولد صغير وذنه راهي توجهه ،البننت راهي تشوف في والديها كي راهم يدابزو ،ولد لكبير راه يتعشا مععلبلهش. La famille est autour d'une table , le papa et la maman entrain de se disputer , le petit garçon a mal a l' oreille, La fille suit la dispute de ses parents et le seul qui mange c'est le grand frère. </p>	<p> Le père et la mère se disputent devant les enfants au moment du dîner tellement la réaction est répété plusieurs fois . Les enfants sont habitués a ça seulement la fille , elle se met toujours face au problème muette sans imposé sont point de vue. </p>	<p> La première planche nous a montré que ya toujours des conflits au niveau de la famille que se soit conjugal ou autre type de conflits. Et même la fille se met tjrs à l'écart ; <u>ya le</u> <u>retrait familial</u> . Nabila vécu son épilepsie comme une honte qui va se traduis par un isolement dans le milieu familial .et même la famille ne l'aide pas pour s'en sortir de cette position . </p>

La quatrième planche :



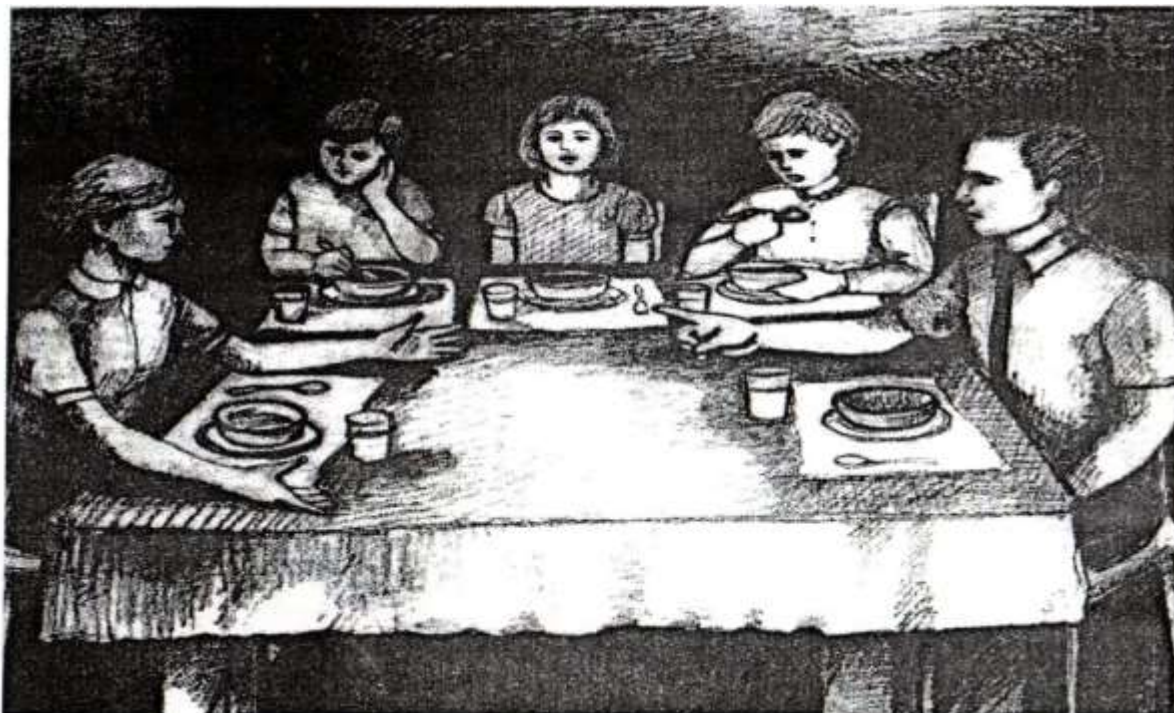
La réponse du cas « n »	Analyse et interprétation	La thématique à dégager
<p>ماين و البنت دخلو لحانقت فيه صولد ،ماين اختارت لباس لبنتها ، راهي توريهولها ، البنت ماراهش عاجبها لباس .</p> <p>La maman et sa fille sont rentrées au magasin qui dépose sa marchandise en solde .la mère montre une robe à sa fille ,qui ne l'intéresse pas .</p>	<p>Selon la réponse du cas ,la fille , elle n'a pas à dire son point de vue , elle préfère rester muette devant sa mère , au lieu de rentré dans des conflits avec sa mère.</p> <p>La mère impose son opinion est exige a sa fille de la suivre.</p>	<p>D'après ce qu'elle dit Nabila ya tjrs des conflits avec sa mère .elle ne la prenne même pas en vue, c'est-à-dire ya une négligence de la part de la mère.</p> <p>Nabila s'est identifiée à la victime selon cette planche.</p>

La troisième planche :



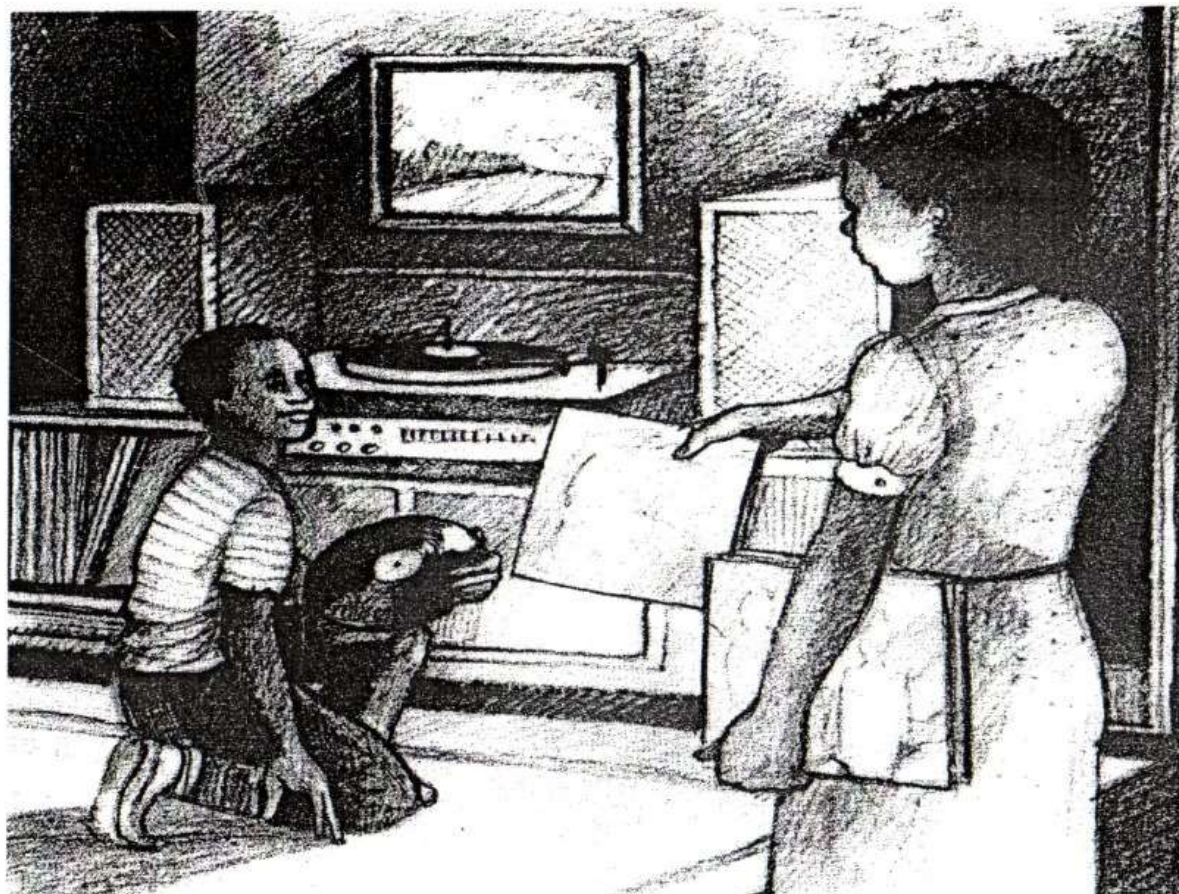
La réponse du cas « n »	Analyse et interprétation	La thématique à dégager
<p>الولد راه يجمع في الزجاج نتاع الفاز الي طيحه خايف من باه اللي غادي يضربه، لخطرش راه رافد معاه عصا.</p> <p>Le garçon ramasse les débris de verre du vase qu'il a fait tombé, craignant la punition qu'il va recevoir de son père ,en le voyant avec un bâton derrière son dos.</p>	<p>Le garçon a peur de la réaction de son père dont les punitions il connaît.</p>	<p>Le père est autoritaire, il fait respecter un règlement de recomposassions , c'est a dire le père de Nabila ne donne aucun intérêt a sa fille , pour lui c'est une sorte de chose qu'il va laissé vaquer dans la maison sans devoir éprouvé un sentiment pour elle.</p>

La première planche deuxième cas :



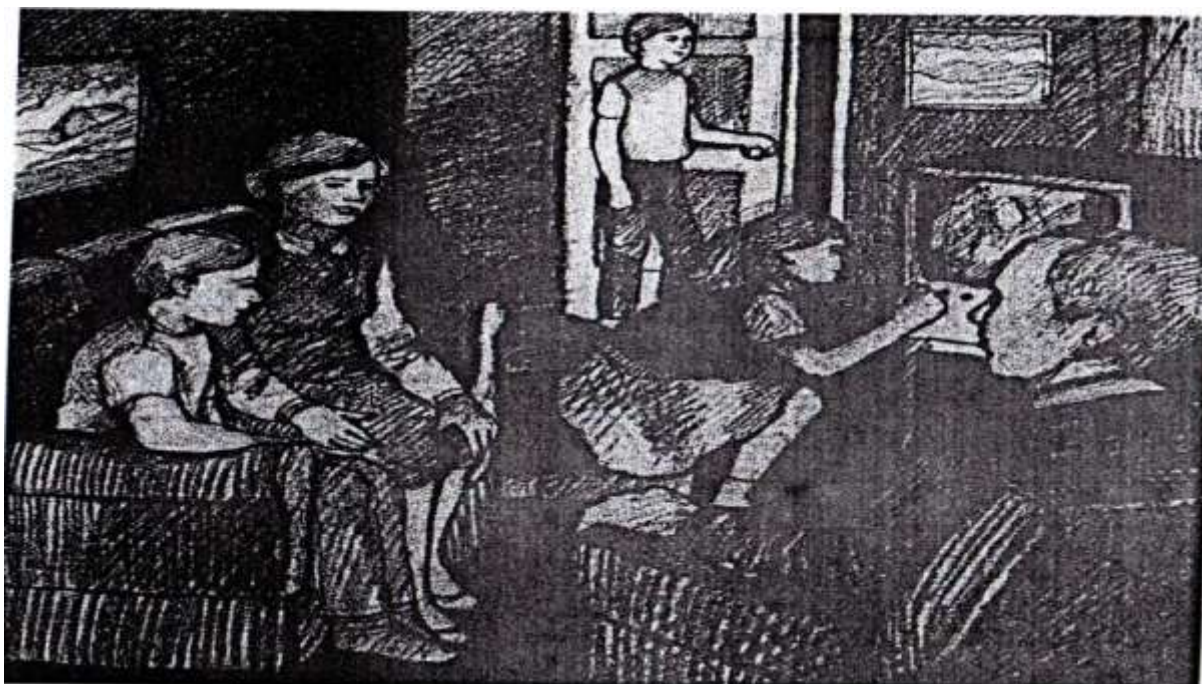
La réponse du cas « k »	Analyse et interprétation	La thématique à dégager
<p>وقت العشاء و العائلة راهم يتعشوا، باين راه جابد موضوع راهم يحكيو عليه، ولد راه يحكي في الهاتف.</p> <p>La famille est autour d'une table de diner ,le papa a proposé un sujet dont il discute , le garçon entrain de parler au téléphone.</p>	<p>Selon la première planche , la famille est autour d'une table de diner , entraine de discuté sur un sujet ce qui prouve que la famille de « k » discute sur des sujet qui intéresse tous le membre de la famille.</p>	<p>D'après la réponse de cette planche , Kamel est identifier surprotecteur de la part de sa famille ,il est bien entouré d'amour .</p> <p>La réaction de l'entourage familial du cas « k » vont renforcé en positive des comportements du cas.</p>

La deuxième planche :



La réponse du cas « k »	Analyse et interprétation	La thématique à dégager
<p>الولد هو و ختاه راهم يسمع في الموسيقى، راهم يتكلمو على سيدي.</p> <p>Le garçon et sa sœur entraine d'écouter la musique et parle sur le CD</p>	<p>Le garçon est entraine de parlé avec sa sœur, d'après la réponse Kamel se senti bien avec sa sœur.</p>	<p>L'aide qu'il a trouvé de la part de ses sœurs , favorise des stratégies adaptatives face à la d'épilepsie et ses perturbation de la fonction mnésique.</p>

La cinquième planche :



La réponse du cas « k »	Analyse et interprétation	Thématique à dégager
<p>عائلة راهي قاعدة مقصرة ،ولد صغير راه حدا ماه ، بنت راهي تبدل فليشان نتاع لتيلي ،ولد لكبير راه داخل من باب .</p> <p>Le petit garçon a coté de sa mère ,la fille est entraine de changer les chaines de la Télé ,le grand garçon vient de rentrer</p>	<p>La famille réunie dans le salon entraine de discuté et le garçon viens de rentré c'est-à-dire la famille bien entouré d'amour.</p>	<p>Le rôle de la famille renforce des comportement d'enfant bien adapté au sujet , Le soutien familial.</p>

**Troisième partie :le rapport au milieu socio
familial et le dysfonctionnement de la
mémoire**

Troisième partie :le rapport au milieu socio familial et le dysfonctionnement de la mémoire.

Chapitre 1 :détachement socio familial et amnésie de fixation : le 1 cas

1-Le retrait socio familial :

1-1-Notion de honte chez l'adolescent épileptique et milieu social :

L'adolescence implique fragilité et incertitude narcissique , plus des remaniements pulsionnels avec instabilité et souffrance occasionnées par le fait de devoir constamment désinvestir les objets de l'enfance ,cette nécessité s'accompagne par la constitution et l'instauration de nouvelles identifications.

Les incertitudes narcissiques liées au processus de socialisation de l'adolescent épileptique engendrent mésestime de soi , absence de confiance en soi .

Dévalorisation , sentiment d'infériorité et peur du regard des autres , De la même manière , l'ébranlement simultané des repères narcissiques et identitaires va entrainer dans son sillage une accentuation du phénomène de honte .

L'adolescent épileptique comme les autres adolescents , risque de découvrir que ses parents ne sont pas exempts de défauts et de reproches , cette prise de conscience va l'amener à faire la dure épreuve de la dés idéalisation parentale .Les contingences sociales , les exigences culturelles , les limites imposées par la différence des sexes et des générations ,risque de diminuer le climat de développement de la personnalité du jeune épileptique, sont autant de processus qui implique un remaniement de surmoi chez adolescent .⁴³

L'adolescence est un processus pluriel qui succède à l'enfance et à la période de latence , et qui s'étend jusqu'à l'âge adulte , nous avons vu que cette période de transition est marquée par des transformations biologiques et psychologiques , et confrère aux adolescents un statut singulier et spécifique .L'adolescence est une véritable épreuve , si elle est surmontée, elle aboutira à la construction subjective et singulière du sujet .Or chez

⁴³ Delphine Scotte Divettino « vivre et survivre dans la honte » presse universitaires de Grenoble 2006.

notre d'étude , Nabila en parallèle à ces remaniements de l'adolescence , elle souffre d'épilepsie , une pathologie qui se manifeste par un désordre de la conscience du corps , rappelant qu'elle est issue d'une famille rurale , chez épilepsie est vécu comme un tabous une honte chose qu'alimente la honte de l'adolescence ; cette dernière se traduit par un isolement du milieu social et un retrait refusant toute ouverture sur le monde extérieur. Nabila souffre aussi des troubles de la mémoire essentiellement d'une amnésie de fixation , elle est incapable de maintenir une conversation importante de souvenirs ou de connaissances .C'est donc la pathologie de l'épilepsie et l'amnésie de fixation qui renforcent l'isolement et le détachement social de Nabila , Elle refuse de se montrer en public , d'exposer sa personne , Durant les entretiens , Nabila a dit qu'elle a honte de son corps , elle n'ose pas le montrer de peur de perdre le contrôle et de faire une crise.⁴⁴

1-2-négligence de la famille :

1-2-1-Ne rien savoir pour ne rien ressentir :

Nombreuses sont les réactions des parents face à la maladie ou à l'handicap de leur enfant , Nous discutons ici le déni et le rejet de l'adolescent malade , cette réaction des parents est utilisée pour se protéger émotionnellement de leurs adolescents en difficulté , Elle est certainement la plus radicale , puisqu'elle règle définitivement la question de la culpabilité en faisant purement et simplement comme si elle n'existait pas .Dans la réalité quotidienne , cette attitude de déni peut prendre deux forme extrême ; une forme passive et une forme active.

⁴⁴ Gutton P, « Idéal du moi et processus adolescence » in adolescence clinique de la honte –paris ; Greupp, Tome x1 « P150 » 1993.

Dans la forme passive de déni du handicap , la blessure d'avoir un enfant défectueuse est tellement forte que les parents sont obligés d'étouffer leurs émotions pour pouvoir survivre ; Ils sont amenés à ne plus rien éprouver pour lui ; ni déception devant l'échec , ni fierté devant la réussite ; ni intérêt , ni désespoir leur adolescent devient une sorte de chose pour eux , une chose neutre , qu'il est possible de laisser vaquer dans la maison sans devoir éprouver un quelconque sentiment pour elle. Il est , en quelque sorte , abandonné ; moralement et affectivement malgré son maintien physique dans sa famille.

Cette anesthésie des sentiments pour leur adolescent déficient est toujours mal ressentie par leur entourage et par les professionnels de la santé et de l'éducation , elle heurte les équipes éducatives qui les jugent souvent trop hâtivement , sans chercher à comprendre le désespoir qui se trouve à la source d'un tel renoncement aux émotions.

L'autre forme de déni du handicap paraît se situer aux antipodes aussi bien vers un retrait affectif que vers une surprotection⁴⁵ , nous réservons cette position de surprotection pour le troisième chapitre et le deuxième cas.

1-2-2-le milieu familial du cas Nabila :

Après la découverte d'épilepsie chez N les parents ont subi un choc , éprouvé par des sentiments de déception et de culpabilité.

Ils pourront devenir non réceptifs aux interrogations de l'entourage , car ils réalisent qu'il leur sera impossible de se soustraire aux conséquences et aux exigences de la prise en charge du cas « N » alors non seulement ; l'étape de la période d'adolescence se vit à son âge de plusieurs transformations mais aussi l'épilepsie exige beaucoup plus d'attention et de prise en charge , les troubles de la mémoire sont des détails insignifiant pour les parents de Nabila ; ils sont conscients d'enfermer leur fille dans une espace de coquillage , parce qu'il n'ont pas les moyens pour la faire sortir de cette pathologie .Ce qui a participé à créer un désordre non seulement dans la famille mais aussi dans sa personnalité elle-même.

⁴⁵ Maurice Ringler « comprendre l'enfant handicapé et sa famille » Dunod, paris , 2004, p « 96-97 »

Les parents sont profondément atteints d'un sentiment d'impuissance face à la pathologie qui menace leur rôle de protecteur et les mène vers des réactions de fuite , de détachement , de rejet .

Ce détachement du milieu familial va influencer le cas non seulement sur son côté psychologique , échec d'individualisation expressif depuis l'enfance et qui s'est réinstallé dans l'adolescence , par un manque de confiance en soi , ainsi qu'une faible autonomie .

Quant à l'influence du milieu familial du cas « N » , elle est restée plutôt négative , son milieu ne rend pas les choses faciles à gérer par rapport à ses véritables aspirations.

2-Amnésie de fixation :

2-1- définition : amnésie antérograde ou de fixation c'est une amnésie qui se manifeste par l'impossibilité de fixer de nouveaux souvenirs , le malade ne peut rien mémoriser et oublie tout au fur et mesure.

2-2- la description de l'amnésie du cas « N » :

L'amnésie de Nabila s'est consolidée à la suite des multiples crises de l'épilepsie qu'elle fait et aussi elle porte sur toute la durée de la crise , elle ne souvient pas qu'est ce qu'elle a fait même la crise , c'est-à-dire les souvenirs ne se fixe pas au moment ou elle fait la crise , l'amnésie de Nabila porte sur des phases de temps qui ont suivi la crise , durant la période de la pathologie d'épilepsie , Nabila a trouvé des difficultés de mémorise, avant sa pathologie son développement était presque normale, ces capacités intellectuels normal, mais des qu'elle a commencé de faire les crises ; elle a commencé d'oublié les événements de sa vie , et aussi elle a fait des échecs scolaire , Au moment ou elle fait la crise , Nabila perd conscience , elle ne souvient pas de ce qui se passe autour d'elle .

Ses anciens souvenirs avant la pathologie sont intacts, mais elle a une mauvaise fixation du présent , c'est-à-dire une impossibilité de fixer des informations nouvelles . L'oubli est en actionnement constant ,chez le cas , elle oublie tout ce qu'elle fait , et même qu'elle ce qu'elle projette de faire .

Enfin , On peut dire que l'importance des troubles de la mémoire du cas N sont liés aussi à la prise des médicaments , en particulier les tranquillisants ; utilisés de façon prolongée , ils induisent une amnésie antérograde.

3/profil de la construction de la personnalité du premier cas :

Nous abordons en premier lieu la pensée opératoire qui regroupe (sériation ,classification , conservation , construction de l'espace, du temps , de la vitesse) causalité rationnelle « groupement » , inversion , réciprocité. Dans le cas N beaucoup de problème au niveau de sa scolarisation , on note des difficultés essentiellement dans les mathématiques , elle avait du mal à comprendre les cours et donc du mal à résoudre des problèmes mathématiques .même les résultats de WMS-R à démontré des difficultés de sériation , les résultats de la mémoire des chiffres est très faible 5/10 -6/12.

En deuxième lieu nous abordons les éléments de l'imaginaire , le cas N vit avec un imaginaire pauvre , elle ne se représente pas l'avenir , elle n'a pas de projets , elle a du mal à élaborer une histoire dans les résultats de WMS-R , elle ne sait pas remplacer ses oublis.

En troisième lieu c'est la pensée formel, étant des difficultés que N a avec la pensée opératoire , elle n'a pas acquit les bases essentielles pour l'élaboration d'une pensée formelle.

Ces trois points nous donnent des indices sur la construction de la personnalité chez le cas N , on remarque que des son jeune âge elle avait du mal avec les notions essentiels pou l'élaboration d'une personnalités d'un adulte qui se base sur le fonctionnement logique et la résolution des problèmes quotidiens.

Tableau représentant les trois stade de la pensée chez Le cas N :

La pensé opératoire	La pensé représentative	La pensé formelle
<p>Beaucoup de problème au niveau de sa scolarisation , elle a refait sa 5 année. .des difficultés de consolidation des informations .</p> <p>Des difficultés dans les mathématiques, elle avait du mal à comprendre les cours.</p> <p>Elle est incapable de maintenir une conservation importante des souvenirs ou de connaissances .</p> <p>WMS-R à démontré des difficultés de sériation et de mathématique , les résultats de la mémoire des chiffres est très faible 5/12-6/12.</p>	<p>N vit avec un imaginaire pauvre , elle ne se présente pas l'avenir , elle n'a pas de projets .</p> <p>Elle a du mal à élaborer une histoire , à l'école l'expression écrite et oral lui posait bcp de problème.</p> <p>Nous retrouvons ce problème dans le subtest du récit de l'histoire , elle ne s'est pas rappelée de toute l'histoire , et elle avait du mal à remplacer ses oublis.</p>	<p>Etant des difficultés que N a avec la pensée opératoire , elle n'a pas acquit les bases essentielles pour l'élaboration d'une pensée formelle.</p>

Synthèse et analyse du premier cas :

Les information retenues du perceptif concret , et celle en rapport aux capacités de l'imaginaire , puis l'absence de l'élaboration d'une pensée formelle , exposent la thématique essentielle exprimant ;le blocage de l'autonomie personnelle chez le premier cas.

Chapitre2 :les difficultés mnésiques et soutien socio-familial :le 2 cas :

1-Surprotection du milieu familial :

Le reflexe de surprotection s'apparente bien évidemment à celui de réparation , il est clair que la situation change de tout au tout lorsque les parents « en font trop ».

Les parents qui adoptent une telle attitude « font tout ce qu'il leur est possible de faire pour que leur jeune adolescent handicapé ait une vie comme tout le monde .dans le cercle leur famille , ils le traitent exactement comme ses frères et ses sœurs bien portants en lui confiant les mêmes responsabilités et les mêmes taches qu'eux , l'adolescent en difficultés doit être comme les autres , il ne lui est pas permis d'exprimer ses doutes , ses faiblesses et sa tristesse, Etant donné que la famille semble donner à l'adolescent déficient des chances d'être normal .cette attitude de responsabilisation obligatoire peut séduire au premier abord , toutefois à y regarder de plus près, on ne peut manquer de constater qu'elle ne respecte pas vraiment la personne et la situation du jeune ;la famille ne tient pas compte du fait que le jeune déficient a besoin qu'on lui explique sa maladie pour accepter à la fois sa normalité et sa déficience.Ceci lui permettra de développer une représentation saine et complète de lui même , En refusant de percevoir les difficultés liées à la maladie de l'épilepsie , Les parents ,malgré leurs indiscutables bonnes intentions installent un vide dans la personnalité de leur adolescent.

Il est surprenant , en tout cas , de constater combien les adolescents issus de ces familles , revendique une sorte de droit à la déficience, à la faiblesse ou à la fragilité.

La sécurité affective que leur communiquent le personnel spécialisé et le groupe de leurs pairs, leur permet d'exploiter des ressources personnelles insoupçonnées antérieurement ⁴⁶;l'idée que l'épilepsie est administrée par un certain climat socio familial , qui entretient la perte de l'estime de soi , et delà la vulnérabilité ainsi que l'absence de l'ancrage dans le réflexif, offrant des défenses suffisantes contre des éventuelles pertes de conscience.

⁴⁶ Maurice Ringler ; «comprendre l'enfant handicapé et sa famille » Dunod , Paris ;2004.

On voit bien jusqu'à quel point l'épilepsie interfère avec le développement et comment elle peut acquérir progressivement une place centrale dans le travail psychique et dans sa relation aux autres.

Les réactions de l'entourage familial vont de leur cote renforcer soit en positif, soit en négatif certains comportements de l'adolescent et favoriser les recours à des stratégies plus ou moins adaptatives un style familial caractérisé par la surprotection et l'intrusivité complique l'acquisition des comportements naturels et indépendants⁴⁷

2-le milieu familial du cas « K » :

Chez notre étude de cas Kamel , après une longue investigation des médecins traitants et une hospitalisation , l'annonce du diagnostic a subi un choc à la famille , la réaction des parents étaient de savoir si c'était guérissable ou pas , avec beaucoup de question concernant la pathologie d'épilepsie , surtout sur les effets à long terme , sur son évolution .

Le sentiment de culpabilité qui envahit la maman ; là laissé constamment entraine de se demander sur les séquelles de cette pathologie la rendant de plus en plus surprotectrice de son enfant .

⁴⁷ Daniel Bailly ; pédopsychiatrie de liaison vers une collaborations entre pédiatres et psychiatres ».

Après la période de choc qui a suivie l'annonce , arrivé la période d'adaptation qui est résumé dans un comportement de surprotection de l'enfant de la part de la maman . Elle essaye de partager avec son fils sa maladie et d'associer les autres membres de la famille.

Le soutenir dans ce qu'il désire faire , le valoriser dans ses efforts, l'encourager à faire des activités par lui même et selon ses capacités , Elle favorise son autonomie et cherche à le rendre responsable.

D'après, les entretiens avec des grandes sœurs , nous avons compris qu'elles n'avaient aucune difficultés à s'impliquer dans la maladie de leur frère. Elle essaient de l'aider au maximum dans les différentes tâches quotidiennes . Plus que cela , elles ont trouvé, une méthode d'apprentissage renforçant pour leur frère pour qu'il puisse suivre ses études ,plus efficacement .

Ce qu'on observe c'est qu'il ya un lien très fort ce qui rend la famille très forte et cela c'est vu dans la manière avec laquelle les sœurs s'occupent de leur frère.

Cela nous permet de dire que l'influence du milieu familial est positive , et favorise le bon développement du cas , pour le suivre ses études . Lorsque les liens familiaux sont forts , ils sont renforcés par l'expérience du cas et l'enrichissement que les membres acquièrent , par leur engagement respectif.

3-les difficultés mnésique chez le cas « K » :

D'après les entretiens et le suivis du cas K , on peut dire que Kamel souffre des problèmes de mémoire et non pas des troubles ,

On peut citer comme problème de mémoire ; l'oubli et les déficits qui le mènent à l'oubli. Ce sont des difficultés d'attention et des difficultés d'apprentissage parce que le sujet prend beaucoup de temps pour faire une tâche relative aux longs efforts qu'il investit , il peut mémoriser ,les objectifs mnésiques .Ces observations ont été constatées non pas d'après notre suivi clinique du cas mais aussi d'après les résultats de l'échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée de l'épreuve ,passée par le cas . On peut conclure que Kamel connaît de sérieux obstacles dans la mise en fonctionnement des opérations de sa mémoire . Ces perturbations de la mémoire résultent de la pathologie de l'épilepsie qu'il faudrait situer , minutieusement , dans des tableaux de synthèse , illustrant le WMS-R et le

F.A.T pour chacun de nos deux cas et éventuellement , proposer une comparaison entre les deux itinéraires.

4-Impact du soutien familial sur la scolarisation du Kamel :

4-1-Rendement scolaire :

La famille joue un rôle important dans la scolarisation d'un adolescent surtout si cet adolescent souffre d'une maladie comme la pathologie d'épilepsie , les parents les encouragent leurs adolescent pour qu'il puisse suivre ses études. Ils réservent du temps pour l(adolescent et discutent avec eux sur les difficultés et ces problèmes , concernant le cas « K » on peut dire que c'est l'entourage familial qui avait le plus grand rôle pour qu'il puisse poursuivre ses études et surtout ses sœurs qui avaient la volonté d'aider leur frère pour réussir est avec n'importe quel moyen , ils ont trouvé la méthode d'apprentissage « écrit ou orale » afin qu'il apprend ses cours et cette méthode amené a des résultats positifs ce qu'ont peut constaté c'est que la famille jouent un rôle très important dans les études contrairement aux cas de N qui n'a pas trouvé cette aide et n'a pas pu terminé ses études.

4-2-vie scolaire et camaraderie :

Au début Kamel avait des difficultés pour poursuivre ses études avec sa maladie d'épilepsie qu'il lui faisait subir plusieurs crise et sa timidité envers ses camarades , mais heureusement et en parallèle y avait l'aide de ses amis d'étude qui ne l'ont jamais laissé souffrir de sa pathologie. Ce qu'il a aidé à suivre ses études comme autrui jusqu'au jour –ci.

5-le profil de la construction de la personnalité du cas K :

Chez le cas K , parmi les indices essentiels du perceptifs concrets , peu de problème dans sa scolarisation , parce qu'il a trouvé des stratégies importante pour qu'il puisse retenir des données .mais y a seulement le facteur de temps « il prend tjrs beaucoup de temps par rapport les normes .

En deuxième lieu de la pensé représentatif, le cas K a projet d'avenir , il veut continué ses études , même il fait son possible pour obtenir toujours de bon résultat , il est optimiste et il veut réussir absolument sa vie .

Le cas K on parle souvent avec ses sœurs sur son avenir et elles l'encouragent à développé son imaginaire et a construire des histoires et des récits.

Concernant sa pensé formel , il arrive a résoudre des problèmes ,dans sa scolarisation essentiellement dans les sciences de la nature car il fallait propose une hypothèse pour trouvé une solution du problème , le cas K n'a pas de problèmes pour réduire des conclusions logique s'adapte au problème poser.

Le cas K va ver une personnalité équilibré qui lui permet de faire fasse a son avenir , il a acquit à l'aide de son entourage et du soutien familial dont il bénéficiait toutes les bases pour en arriver là. Actuellement , il continu ses études , il voit son avenir ,et il veut absolument réussir.

Tableau représentant les trois stades de la pensée chez le cas K:

De la pensée opératoire	De la pensée représentative	De la pensée formelle
<p>-peu de problème dans la scolarisation , parce qu'il a trouvé des stratégies pour retenir des données.</p> <p>-le facteur du temps ;il prend BCP de temps , pour répondre a une tache ou une question.</p> <p>Pas d'indices sur la causalité, a l'aide de son entourage a put accédé a une scolarisation acceptable.</p>	<p>-il a projet d'avenir.</p> <p>-il veut continué ses études.</p> <p>-il fait son possibles pour obtenir tjrs de bon résultat.</p> <p>-il veut réussir sa vie.</p>	<p>Il arrive a résoudre des problèmes dans sa scolarisation.</p> <p>-il n'a pas de problème pour réduire des conclusion logique .</p>

Synthèse et analyse du deuxième cas :

Au vu des informations recueillies du perceptif opératoire , puis celle en rapport à la pensée représentative , ainsi que celle relative à l'acquisition de l'analyse logique , nous pourrions situer le potentiel mnésique du deuxième cas en faveur des capacités pour la consolidation personnelle.

Chapitre 3 : l'impact de l'apprentissage et le rôle du milieu socio familial :

Introduction :

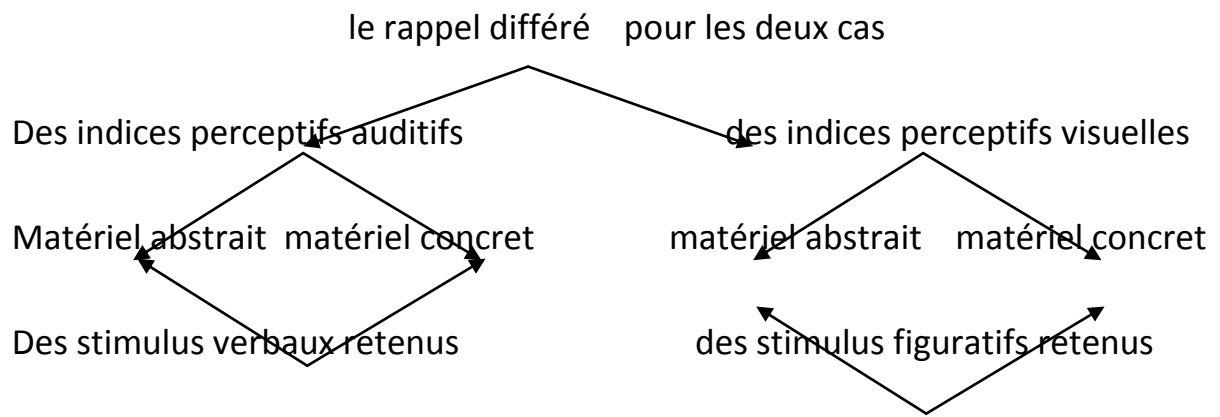
Dans le contexte de l'apprentissage tout au long de la vie, on ne saurait exagérer l'importance de l'apprentissage chez les jeunes enfants. pendant leurs premières années, les enfants acquièrent les habiletés cognitives, linguistiques, socio affectives et motrices qui sont les assises de tout apprentissage ultérieur. les jeunes se développent plus rapidement et assimilent mieux les nouvelles connaissances quand ils sont entourés d'amour et d'affection. Ils ont besoin d'attention, de stimulation, et de bons soins de santé.

L'épilepsie est une affection qui a une mauvaise image dans notre société , Elle s'accompagne d'un certain nombre de contraintes et d'interdits, et dont l'atteinte a un impact sur les choix de vie de l'individu. La persistance d'une épilepsie de l'enfance ou son apparition chez adolescent et toujours difficile a vivre pour lui ,même s'il l'exprime de manière variable .En revanche , nous allons nous intéresser aux répercussions induites par l'entourage familial et social .Les réactions de l'entourage peuvent être diverses allant de la dénégation au rejet ou a la surprotection , cette surprotection peut induire un état de régression avec dépendance du patient à sa famille , ou maintenir un équilibre entre une normalisation de tout ce qui peut être moins pénible , tout en veillant a la prise en charge de l'adolescent.

1- Un schéma représentant les seuils perceptifs chez les deux cas d'études ;

Seuils perceptifs chez épileptique

↓
L'échelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée



L'impact de l'apprentissage et Les indices de la structuration mnésique :

L'apprentissage pourrait être saisi à partir uniquement des résultats de la mémoire différée examinée par le WMS-R : puisque le test , nous permet de distinguer entre Les indices abstraits (mémoire logique2-figure couplées 2) et les indices concrets (mots couplées 2-reproduction visuelle2)

Le premier cas		Le deuxième cas	
Concret	Abstrait	Concret	Abstrait
<p>-elle a une consolidation d'une perception visuelle ,qu'elle peut partiellement reproduire les dessins dans le subtest reproduction visuelle 2 ,mais seulement un échec au détail .</p> <p>-elle n' arrive pas a retenir quelque paires de mots dans le subtest mots couplées 2.</p>	<p>-elle n'a pas de capacité réflexif pour traité le sens des phrases .</p> <p>« subtest mémoire logique 2 » .</p> <p>-un grand échec au niveau de la perception visuelle abstrait .</p> <p>Pas de réponse, elle n'arrive pas a montré les couleurs qui correspond les figures 0/6.</p> <p>« figure couplées 2 ».</p>	<p>-il a des capacités concrets a ce niveau .mais seulement il n'aime pas le dessin</p> <p>« reproduction visuelle2 ».</p> <p>-malgré les difficultés de stockage mais il a put retenir les paires de mots ,c'est par la répétition de plusieurs fois</p> <p>« courbe d'apprentissage »,y a un écart entre les résultats de la première réponse et la dernière réponse .</p>	<p>-il présente des capacités d'une logique abstraite .il a put se rappelai les histoires ,</p> <p>-des résultats supérieur de la moyenne 4/6</p>

2/le traitement mental de la mémoire :

Le traitement mental de la mémoire repose sur la mémoire du travail dans l'échelle clinique de mémoire de wechsler forme révisée « non seulement de rappelé l'information mais aussi de la traité l'information .

Le traitement de l'information se définit comme étant le processus par lequel l'information perçue est analysée et intégrée dans la structure de connaissances de la personne. Il est analysé selon deux dimensions :

- le mode de traitement
- le niveau d'élaboration

C'est le processus par lequel « l'information sensorielle est représentée dans la mémoire de travail de l'individu », on distingue entre deux modes de traitement :

- Le traitement discursif : sous format «d'encodage d'informations sous la forme de symboles abstraits, de mots et de nombres» .
- Le traitement par imagerie (non verbal) :défini comme étant « l'encodage d'informations sous la forme de représentations concrètes, imaginaires et sensorielles.»

Le traitement mental repose sur les efforts du premier temps , la capacité de mémoriser l'information , d'enregistre, et dans le deuxième temps la rétention mnésique et interruption de temps puis la restitution de l'information .

Chez le cas N , elle a un échec concernant les résultats de la mémoire du travail dans les subtest « control mental , mémoire des chiffres et mémoire visuelle », la capacité de traité et manipulé l'information est absente ,elle n'arrive pas de à concentrer son attention pour enregistrer des informations dans sa mémoire.

Chez le cas K , malgré les difficultés du stockage , c'est-à-dire qu'il faut répéter plusieurs fois pour qu'il puisse enregistrer l'information , mais il

peut traité l'information , seulement le facteur du temps ,la vitesse du traitement est très lente. d'après les résultats WMS-R dans les subtests qui mesurent la mémoire du travail .

3/rôle du milieu socio familial :des indices structuraux familiaux évaluer par le F A T :

les réactions de l'entourage pouvant alors être diverses allant de la dénégation au rejet ou a la surprotection , cette surprotection pouvant induire un état de régression avec dépendance du patient à sa famille mais aussi aux médecins ou même aux médicaments ; il se laisse parfois passivement soigner , parfois même , il est enfermé dans un statut d'invalidé que ne manquent pas de provoquer certaines attitudes sociales'.préconstruites à son égard .

Il s'agit d'un véritable traumatisme pour les parents et la famille entière, les parents traversent des sentiments contradictoires ;choc-déni-peur-colère-tristesse-culpabilité comportement de surprotection à l'égard de l'adolescent, mais aussi attitudes de rejets et d'hostilité.

D'après les réponses du FAT, nous avons retenus que Les parents de cas N sont profondément atteints d'un sentiment d'impuissance face a la pathologie de leur fille qui menace le rôle de protecteur et les mène vers des réactions de rejet et de détachement.ne l'aide pas pour s'en sortir de cette situation , Nabila vécu son épilepsie comme une honte qui va se traduit par un isolement dans le milieu familial .ya le retrait familial , tjrs mise a l'écart sans imposé sont point de vue , vit une large absence interactionnelle , tjrs des conflits au sein de la famille , ses avis ne sont pas pris en considération .un repli total et constant pour qu'elle ne puisse pas rentrée dans des conflits avec sa famille ,et même en rapport au regard des autres envers sa pathologie et ses crises. le désintérêt socio familial ,des sentiments de dégoût, de répulsion qui vont conditionner le rejet, mise à distance, une négligence de la mère a sa fille ,elle se met à la victime

devant sa mère pour qu'elle ne rentre pas dans des conflits , le manque de communication .tous cela augmente la gravité et la souffrance du cas N. le détachement , qui se traduit par un isolement de tous ce qui se passe autour d'elle, une vie unique , , ne participant pas a des activités , préférant de rester isolé sans rien faire ,un échec d'individualisation et un blocage d'autonomie, tous cela participe a créer un désordre dans sa personnalité elle-même.

Le deuxième cas K, il a un rapport dynamique et affectif ,une famille très unie et très forte , qui renforce positivement des comportement du cas K ,il est bien entouré d'amour , échange et disponibilité , l'aide qu'il a trouvé de la part de ses sœurs favorise des stratégies adaptative face a la pathologie de l'épilepsie et d'ouverture vers le social environnant , le soutenir dans ce qu'il désire faire , le valoriser dans ses efforts , l'encourager à faire des activités par lui-même et selon ses capacités .un lien très fort qui uni les parents pour protégé leur fils.

4/ Comparaison entre les famille des deux cas :

1- Avant l'apparition de l'épilepsie :

Cas de Nabila	Cas de Kamel
-la petite fille attendue.	-l'enfant très attendu, vue que les enfants ainés sont des filles.

2- La structuration du tableau clinique de l'épilepsie :

Cas de Nabila	Cas de Kamel
<ul style="list-style-type: none"> -le rejet du diagnostic. -l'inquiétude par rapport aux conséquences de l'épilepsie. 	<ul style="list-style-type: none"> -le sentiment de culpabilité des parents après l'annonce de diagnostic. -l'inquiétude concernant les séquelles.

3- Réaction et comportements des parents :

Cas de Nabila	Cas de Kamel
<ul style="list-style-type: none"> -réaction de fuite et de démission de la part des parents. -manque d'importance et d'inquiétude de la part des parents. -manque de communication au sein de la famille , influence sur le vécu , du retrait psychologique du cas. -manque de protection . -une négligence de l'estime de la fille pour elle-même. 	<ul style="list-style-type: none"> -comportement de surprotection . -davantage de soin . -davantage d'amour . -l'inquiétude de la mère beaucoup plus que le père « la famille en générale ». -lien très fort qui uni les parents et les enfants pour protégé leur fils.

4- Réaction et comportement de la fratrie :

Cas de Nabila	Cas de Kamel
<ul style="list-style-type: none"> -attitudes indésirables face à N . -Ils ont des sentiments de crainte . -toujours mis à l'écart. - Il ne l'aident pas à s'en sortir de sa pathologie. - le désordre et le manque d'attention de la fratrie envers leur sœur. -ses avis ne sont pas pris , en considération. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ils n'ont aucune difficulté a accepter la maladie. -Ils essaient d'aider Kamel pour s'en sortir de sa pathologie. -Ils prennent en charge leur frère pour acquérir l'indépendance. -Ils veulent aider leur frère pour minimiser les effets secondaires de la pathologie.

-Ils ne lui accordent aucun crédit.	
-------------------------------------	--

5- Les impacts familiaux :

Cas de Nabila	Cas de Kamel
<p>-manque de communication au sein de la famille ,ceci influence plus au moins négativement sur la pathologie du cas N.</p> <p>-les perturbations relationnelles de la famille aggravent le coté psychologique du cas .</p> <p>-toujours mise a l'écart , isolement et le détachement de la famille augmentent la gravité de la pathologie et la souffrance du cas N.</p>	<p>-famille très forte et très unie influence plutôt positive sur la pathologie du cas K.</p> <p>-la surprotection de la famille envers le cas minimise les effets secondaire de la pathologie.</p> <p>-des relations pertinentes de la famille aide le cas à améliorer la maîtrise de la maladie.</p>
<p>-niveau socio-économique très bas , la pauvreté du milieu familial du cas N semble être un facteur de risque prédictif du problème d'adaptation psychosociale et plus précisément des difficultés à subvenir aux besoin du cas malade et de toute le famille.</p>	<p>-niveau socio-économique ;bien situé du milieu familial du cas K semble être un facteur très importants pour prendre en charge les besoins du cas malade ; ses médicaments et ses besoins.</p>

Conclusion :

A travers la recherche réalisée, nous avons essayé de comprendre la nature de la pathologie de l'épilepsie, et son impact sur le fonctionnement mnésique, puis nous nous sommes préoccupé de comprendre son impact chez l'adolescent épileptique tout en démontrant les spécificités de ce dysfonctionnement chez nos deux cas d'études .

Pour arriver à ce niveau d'analyse, nous avons proposé initialement les hypothèses suivantes :

a- est ce que l'apprentissage mnésique des tâches élémentaires de la vie domestique et ménagère se fructifie et atténue l'intensité du déficit mnésique de l'épilepsie, dont souffre le premier cas ?

b- est ce que la mémoire d'apprentissage scolaire déficitaire suite à l'épilepsie, permet l'installation d'un modèle de fonctionnement mnésique spécifique aux difficultés du deuxième cas ?.

Pour pouvoir réaliser notre recherche, nous avons eu recours à la méthodologie clinique qui s'appuie sur l'étude de cas, l'observation et aussi les deux tests : Le premier cognitif : Echelle clinique de mémoire de Wechsler forme révisée.

Le deuxième projectif : F.A.T le test d'appréhension de la famille.

Après cette abord pratique nous sommes arrivés à confirmer les points suivants :

Le premier cas : L'étude pratique nous démontre que les troubles mnésiques surviennent après l'apparition de la pathologie de l'épilepsie ; et cela reste relatif aux fréquences des crises, au traitement pris, et à la nature des crises épileptiques elles mêmes.

On observe chez le cas Nabila un détachement, qui se traduit par un isolement de tout ce qui se passe autour d'elle, une vie isolée, ne participant pas à des activités, préférant de rester détaché sans rien faire. pas le moindre effort pour équilibrer ses capacités réflexives. ce qui ne lui a pas permis de suivre ses études. un refus de travailler et de participer aux tâches ménagères quotidiennes, elle est tout le temps isolée, à ne rien faire, elle ne fait pas travailler ses fonctions et compétences cognitives, même si les tâches ménagères sont faciles à faire. elle ne prête pas attention, ni effort de réflexion, une incapacité de partager, identique à l'échec de ses études. Ce refus total participe à l'aggravation du cas. L'entourage a un

retentissement important sur l'évolution de la maladie, car dans le premier cas, nous remarquons que la carence du soutien socio familial dont elle souffre, joue un rôle important dans le maintien de sa maladie.

Le deuxième cas : souffre de perturbations mnésiques, il a du mal à mémoriser rapidement, il prend beaucoup de temps pour apprendre ses textes et leçons., il est toujours épileptique , suivis d'un traitement anti épileptique , mais ça n'a pas été un obstacle pour lui , pour qu' il puisse terminer ses études et développé ses capacités .seulement il faut toujours qu'il trouve des stratégies pour amélioré ses capacités, ces stratégies sont élaborées avec l'aide de ses sœurs, elles sont tout le temps présentes à ses côtés, notamment dans ses études.

Notant que la famille lui apporte un soutien considérable, notamment ses sœurs qui sont toujours derrière lui pour ses études.

Pour conclure, on ne peut pas généraliser ces résultats car notre étude a porte Uniquement sur l'étude de deux cas seulement, il serait donc intéressant de continuer dans les mêmes perspectives de recherche a fin de valider ces conclusions

Références et bibliographiques :

- 1-Alan Baddeley, *Human Memory Theory and Practice (Revised Edition)*, Allyn & Bacon, Boston, 1997
- 2-Anne Iortie, Michel vannasse,, « l'épilepsie chez l'enfant et l'adolescent »,collection de CHU sainte Justine pour les parents .
- 3-BEATRICE desgranges et FRANCIS eustache « la mémoire » de l'esprit aux molécules traduction de la 1 édition , squire kandel de boeck universite 2002.
- 4-Bourguignon ;recherche clinique en psychologie » 1988 psychologie français 267-279.
- 5-Brigitte Nevers, Rémy Versace , Catherine padovan :la mémoire dans tous ses états » solal editeurs 2003
- 6- C.DRAVET comprendre l'épilepsie ; « notion élémentaire sur épilepsie et les épilepsies
- 7-Cambiez,j M. Masson, and H. Dehen. Abrégés de Neurologie. Paris : Masson, 2000.
- 8-césar flores :la mémoire,que sais je ?5 édition 1987 ,puf
- 9-charlotte dravet , « comprendre l'épilepsie » : notions élémentaires sur l'épilepsie et les epilepsies, John Libbey Eurotext, 2006
- 10-Claes, M « l'expérience à adolescent » bruxelle .Mardaga 1983
- 11-Claes, M « l'univers social des adolescents ».Québec ,Presses université de
- 12-Cloutier .R« psychologie de l'adolescence »Québec ,Gaétan Morin 1982.
- 13-Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy : Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures¹ landre E . quelles sont les causes de l'épilepsie ?épilepsie-guide de l usage des patients et de leur entourage. bash,2005.

14-Cour de psychologie ; psychologie de vieillissement' T.D.U.E psy 42 B2006-2007.

15-Delphine Scotte Divettino « vivre et survivre dans la honte » presse universitaires de Grenoble 2006

16-Gutton P, « Idéal du moi et processus adolescence » in adolescence clinique de la honte –paris ; Greupp, Tome x1 « P150 » 1993.

17-henry ey_:manuel de psychiatrie. Paris new York Barcelone Milon 1978.

introduction a la psychologie générale » collection multi choix, Masson 1984.

18-JALLON P, L'Epilepsie, Que sais-je ?, 1992

19-Jean louis pedinieli ;approche de la recherche clinique en psychologie, une conférence a été présente lors des journées d'étude de l'ARSI 1999

20-Manuel de l'échelle clinique de mémoire de wechsler –révisée , copyright 1987 by the psychological, standardization .

21-Maurice Ringler « comprendre l'enfant handicapé et sa famille » Dunod, paris , 2004, p « 96-97 .

22-Michel R –Trimble and Edeward-Reynolds « epilepsy behaviour and cognitive » 1987.

23-Montréal 2003Henri le halle/Daniel Millier « psychologie du développement enfance et adolescence » ,dunod paris 2002.

24-Patrick alvin :l'annonce du handicap a l'adolescence « ap-hp « 1999.epilepsia , 22 :489–501

25-Roger gil : »neuropsychologie »masson pâris 3 edition 1996-2003.

Scheid .F et Raveau .F ; »représentation sociales de la maladie mentale » édition techniques EMC paris , France, psychiatre 1991

26-Serge Nicolas : mémoire et conscience , Armand colin VUEF, paris 2003

27-Serge nicolas :la psychologie cognitive, armand collin VUEF 2003

28-serge nicolas ;la mémoire humaine , une prospective fonctionnalité
,l'harmattan 2000.

29-Squire kandel :la mémoire , neuroscience et cognition de boeck universite
2002.

30-théodule Ribot : « les maladies de mémoire » 1881

Les articles et les revus scientifiques :

1-Adolescence et santé Constats et propositions pour agir
auprès des jeunes scolarisés *À l'intention des professionnels de l'Éducation
nationale* Édition Jacqueline DIDIER, Septembre 2004

2-Françoise Herbelin : Psychologie de l'adolescence ;cathy le bris centre de
ton'ar /ch 2005.

3-marie luce simonine :epilepsie et adolescence ;accompagnement enfants et
adolescents au centre de toul , cathy le bris centre de ton 'ar 2009.

Des thèses de magistères :

1-D'OPTIMISATION DES PERFORMANCES DE MEMOIRE DANS LA
épileptique. Novembre 2007.

2-Gaëlle bettus :connectivité fonctionnelle dans l'épilepsie , etude par
EEGetIRM.soutenu le 22 janvier 2010.
le 18 décembre 2009.

3-MALADIE D'ALZHEIMER Présentée et soutenue publiquement

Matthieu Caparos Analyse automatique des crises d'épilepsie du lobe temporal à partir des EEG de surface, 5 octobre 2006.

4-Sylvie Martins :Étude de la mémoire épisodique chez l'enfant

Xavier MILLET CAPACITES COGNITIVES RESIDUELLES ET FACTEURS

Les sites de recherches :

www.gsk.fr sur épilepsie .dernière mise a jours 26/01/2009.

WMS-R

Echelle Clinique
de
Mémoire de Wechsler-Révisée

FEUILLE DE NOTATION

Nom M Prénom Nabila
 Sexe féminin Age _____ Niveau d'études collège
 Profession _____
 Examineur _____
 Lieu d'examen Bureau
 Commentaires _____

	Année	Mois	Jour
Date de l'examen	2011	05	15
Date de naissance	1992	01	21
Age	19	—	—

NOTES BRUTES AUX SUBTESTS ET INDICES

Subtest	Note brute	Pondération	Mémoire Verbale	Mémoire Visuelle	Mémoire Générale	Attention/Concentration	Rappel Différé
Information et Orientation ¹	_____						
Contrôle Mental	04	x 1	—————→			04	
Mémoire Figurative	03	x 1	—————→				03
Mémoire Logique I	29	x 2	58	—————→			
Figures Couplées I	08	x 1	—————→			08	
Mots Couplés I	16	x 1	16	—————→			
Reproduction Visuelle I	29	x 1	—————→			29	
Mémoire des Chiffres	11	x 2	—————→			22	
Mémoire Visuelle	07	x 2	—————→			14	
Mémoire Logique II	24	x 1	—————→				24
Figures Couplées II	00	x 2	—————→				00
Mots Couplés II	05	x 2	—————→				10
Reproduction Visuelle II	21	x 1	—————→				21

Sommes des notes brutes pondérées

74 + 40 = 114
40
55

Indices

92	61	81	61	64
----	----	----	----	----

¹ Ce subtest n'est pas utilisé pour le calcul des indices.

LES EDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE

Copyright © 1987 by the Psychological Corporation. Standardization edition. Copyright © 1984 by the Psychological Corporation. All rights reserved. Printed in the USA. Copyright © 1991 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, édité avec l'autorisation de The Psychological Corporation. Tous droits réservés.

INFORMATION ET ORIENTATION IMMÉDIATE – Administrer tous les items dans l'ordre		Note 1 ou 0
Questions	Réponses	
1. Quel est votre nom ?		1
2. Quel âge avez-vous ?		1
3. Quand êtes-vous né ?		1
4. Où êtes-vous né ?		1
5. Quel est le nom de jeune fille de votre mère ?		1
6. Quel est le nom du Président de la République française ?		0
7. Qui était Président avant lui ?		0
8. En quelle année sommes-nous ?		1
9. En quel mois sommes-nous ?		1
10. Quel jour du mois sommes-nous ?		0
11. Comment s'appelle l'endroit où vous vous trouvez maintenant ?		1
12. Dans quelle ville est-ce ?		1
13. Quel jour de la semaine sommes-nous ?		1
14. Quelle heure est-il maintenant ?		1
15. Etes-vous gaucher ou droitier ?		X
16. Avez-vous des difficultés d'audition ?		X
Avez-vous besoin de lunettes pour lire ?		X
Etes-vous daltonien ?		X
	Max. = 14 Total	11

CONTRÔLE MENTAL – Administrer tous les items			
Item	Temps	Erreurs	Note 2, 1 ou 0
1. (30 sec.) 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	9.47 sec		2
2. (30 sec.) A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	2.33 sec		2
3. (45 sec.) 1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 34 37 40		16.19 sec	0
Max. = 6 Total			4/6

MÉMOIRE FIGURATIVE – Administrer tous les items			
Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0
1	1	1	1
			Note 3, 2, 1 ou 0
2	3, 5, 8	3.5.9	2
3	1, 6, 7	2.5.6	0
4	2, 4, 9	1.3.8	0
Max. = 10 Total			3

MÉMOIRE LOGIQUE I – Administrer les deux histoires. Donner 1 point par item correct (voir Appendice A dans le Manuel pour les critères de notation).	Note
<p><i>Histoire A</i></p> <p>Anne / Boiron / du 20^e arrondissement / de Paris / travaillant / comme cuisinière / dans une cantine / scolaire /, a raconté / au poste de Police / de la Mairie / qu'elle avait été attaquée / dans la rue / la nuit précédente / et qu'on lui avait volé / deux cent cinq francs /. Elle avait quatre / petits enfants /, le loyer devait être payé /, et ils n'avaient pas mangé / depuis deux jours /. Le policier /, ému par l'histoire de cette femme /, organisa une collecte / pour elle /.</p>	<p><u>05</u></p> <p><u>02</u></p> <p><u>02</u></p> <p><u>03</u></p> <p><u>01</u></p> <p><u>00</u></p>
<p>Max. = 25 Total Histoire A</p>	<p>15</p>
<p><i>Histoire B</i></p> <p>Robert / Duchemin / conduisait / sur une nationale /, la nuit /, dans la vallée / du Rhône /, en direction de Marseille / un camion / de dix tonnes / contenant des œufs /, quand son essieu / cassa /. Son camion dérapa / et dégringola /, dans un fossé /. Il fut projeté / contre le tableau de bord / et reçut un choc violent /. Il n'y avait pas de circulation / et il désespérait de voir arriver des secours /. Lorsque soudainement, son poste-émetteur / grésilla /. Il répondit aussitôt /, « Ici, la Sauterelle » /.</p>	<p><u>04</u></p> <p><u>02</u></p> <p><u>03</u></p> <p><u>01</u></p> <p><u>02</u></p> <p><u>02</u></p>
<p>Max. = 25 Total Histoire B</p>	<p>14</p>
<p>Max. = 50 Total Histoire A + Histoire B</p>	<p>29</p>

Reporter le temps 15 minutes

FIGURES COUPLÉES I - Si le sujet répond correctement aux 6 items de la partie III, arrêtez le subtest.
Sinon, présentez les parties IV, V et VI. Arrêtez après le subtest VI.

PARTIE I				PARTIE II				PARTIE III			
Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0	Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0	Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0
1	Ve	Ve	1	1	Ja	Ja	1	1	Bl	Bi	1
2	Vi	Ja	0	2	Ro	Bi	0	2	Ve	Vi	0
3	Ro	Ro	1	3	Bl	Ro	0	3	Vi	Ro	0
4	Ja	Fu	0	4	Vi	Vi	1	4	Fu	Fu	1
5	Fu	Bi	0	5	Ve	Ro	0	5	Ja	Ja	1
6	Bl	Vi	0	6	Fu	Fu	1	6	Ro	Ve	0
Partie I Total			2	Partie II Total			3	Partie III Total			3
											Max. = 18
											Total I + II + III
											8/18

PARTIE IV				PARTIE V				PARTIE VI			
Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0	Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0	Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0
1	Ve	Ve	1	1	Vi	Vi	1	1	Ve	Ve	1
2	Vi	Ja	0	2	Bl	Bi	1	2	Ja	Ro	0
3	Ro	Ro	1	3	Ja	Ja	1	3	Bl	Bi	1
4	Ja	Fu	0	4	Fu	Ro	0	4	Ro	Fu	0
5	Fu	Vi	0	5	Ro	Ve	0	5	Vi	Vi	1
6	Bl	Bi	1	6	Ve	Fu	0	6	Fu	Ja	0
Partie IV Total			3	Partie V Total			3	Partie VI Total			3

MOTS COUPLÉS I – Si le sujet répond correctement aux 8 items de la 3^e partie, arrêtez le subtest.
Sinon, présentez les parties IV, V et VI jusqu'à ce que les 8 items soient corrects.

PARTIE I	Rappel	Facile	Difficile	PARTIE IV	Rappel	Facile	Difficile
Métal-Fer	Fruit	pomme	plume	Accident-Obscurité	Ecole	/	/
Bébé-Cris	Obéir	Rappel	plume	Chou-Plume	Métal	/	/
Accident-Obscurité	Rose	Bébé	plume	Fruit-Pomme	Obéir	/	/
Ecole-Epicerie	Bébé	Bébé	plume	Obéir-Avancer	Accident	/	/
Rose-Fleur	Chou	Albancer	plume	Bébé-Cris	Fruit	/	/
Obéir-Avancer	Métal	Albancer	plume	Rose-Fleur	Bébé	/	/
Fruit-Pomme	Ecole	Albancer	plume	Métal-Fer	Chou	/	/
Chou-Plume	Accident	Albancer	plume	Ecole-Epicerie	Rose	/	/
Total		03	01	Total		/	/

PARTIE II	Rappel	Facile	Difficile	PARTIE V	Rappel	Facile	Difficile
Rose-Fleur	Chou	Albancer	Albancer	Fruit-Pomme	Rose	/	/
Chou-Plume	Bébé	cris	Albancer	Ecole-Epicerie	Accident	/	/
Obéir-Avancer	Métal	cris	Albancer	Rose-Fleur	Bébé	/	/
Fruit-Pomme	Ecole	cris	Albancer	Chou-Plume	Métal	/	/
Ecole-Epicerie	Rose	cris	Albancer	Métal-Fer	Obéir	/	/
Métal-Fer	Accident	cris	Albancer	Accident-Obscurité	Chou	/	/
Accident-Obscurité	Fruit	cris	Albancer	Bébé-Cris	Ecole	/	/
Bébé-Cris	Obéir	cris	Albancer	Obéir-Avancer	Fruit	/	/
Total		04	02	Total		/	/

PARTIE III	Rappel	Facile	Difficile	PARTIE VI	Rappel	Facile	Difficile
Bébé-Cris	Obéir	Albancer	Albancer	Métal-Fer	Bébé	/	/
Accident-Obscurité	Fruit	Albancer	Albancer	Rose-Fleur	Fruit	/	/
Ecole-Epicerie	Bébé	Albancer	Albancer	Accident-Obscurité	Chou	/	/
Rose-Fleur	Métal	Albancer	Albancer	Bébé-Cris	Rose	/	/
Chou-Plume	Accident	Albancer	Albancer	Obéir-Avancer	Ecole	/	/
Fruit-Pomme	Ecole	Albancer	Albancer	Fruit-Pomme	Obéir	/	/
Obéir-Avancer	Rose	Albancer	Albancer	Chou-Plume	Accident	/	/
Métal-Fer	Chou	Albancer	Albancer	Ecole-Epicerie	Métal	/	/
Total		04	02	Total		/	/

Total Parties I-III	Max. = 12 Facile	Max. = 12 Difficile	Max. Total = 24
	11	5	16/24

REPRODUCTION VISUELLE I – Utiliser la Feuille de dessin RV I à la fin du protocole.

Main utilisée : Droite Gauche

Item	Note	Observations :
1	7	elle fait attention sur ce subtest parce que elle s'intéresse au dessin.
2	7	
3	5	
4	10	
Max. = 41 Total	29	

MÉMOIRE DES CHIFFRES - Arrêter après échec aux deux essais d'un même item. Administrer les deux essais de chaque item, même si le premier essai est échoué.

ORDRE DIRECT					Note
Item	ESSAI I	R/E	ESSAI II	R/E	2, 1, 0
1.	6-2-9	-	3-7-5	-	2
2.	5-4-1-7	-	8-3-9-6	-	2
3.	3-6-9-2-5	9-4-7	6-9-4-7-1	r.c.	1
4.	9-1-8-4-2-7	echec	6-3-5-4-8-2	echec	0
5.	1-2-8-5-3-4-6	echec	2-8-1-4-9-7-5	echec	0
6.	3-8-2-9-5-1-7-4	echec	5-9-1-8-2-6-4-7	echec	0
Max. = 12					5/12
Total ordre direct					

ORDRE INVERSE Administrer l'ordre inverse, même si le sujet a échoué à l'ordre direct.					Note
Item	ESSAI I	R/E	ESSAI II	R/E	2, 1, 0
1.	5-1	-	3-8	-	2
2.	4-9-3	-	5-2-6	echec	1
3.	3-8-1-4	-	1-7-9-5	-	2
4.	6-2-9-7-2	echec	4-8-5-2-7	echec	0
5.	7-1-5-2-8-6	-	8-3-1-9-6-4	echec	1
6.	4-7-3-9-1-2-8	echec	8-1-2-9-3-6-5	echec	0
Max. = 12					6/12
Total ordre inverse					

Max. Total = 24
11

MÉMOIRE VISUELLE - Arrêter après échec aux deux essais d'un même item. Administrer les deux essais de chaque item, même si le premier essai est échoué.

POINTAGE ORDRE DIRECT					Note
Item	ESSAI I	R/E	ESSAI II	R/E	2, 1, 0
1.	2-6	-	8-4	-	2
2.	2-7-5	-	8-1-6	-	2
3.	3-2-8-4	echec	2-6-1-5	echec	0
4.	5-3-4-6-1	echec	3-5-1-7-2	echec	0
5.	1-7-2-8-5-4	echec	7-3-6-1-4-8	echec	0
6.	8-2-5-3-4-1-6	echec	4-2-6-8-3-7-5	echec	0
7.	7-5-6-3-8-7-4-2	echec	1-6-7-4-2-8-5-3	echec	0
Max. = 14					4/14
Total ordre direct					

POINTAGE ORDRE INVERSE Administrer l'ordre inverse, même si le sujet a échoué à l'ordre direct.					Note
Item	ESSAI I	R/E	ESSAI II	R/E	2, 1, 0
1.	3-6	-	7-4	-	2
2.	6-8-5	echec	3-1-8	-	1
3.	8-4-1-6	echec	5-2-4-1	echec	0
4.	4-6-8-5-2	echec	8-1-6-3-7	echec	0
5.	7-1-8-3-6-2	echec	3-8-1-7-5-4	echec	0
6.	1-5-2-7-4-3-8	echec	6-7-4-3-1-5-2	echec	0
Max. = 12					3/12
Total ordre inverse					

Max. Total = 26
7

Reporter
le temps 20 min

MÉMOIRE LOGIQUE II - Administrer 30 mn après la Mémoire Logique I. Donner 1 point par item correct (voir Appendice A dans le Manuel pour les critères de notation).	Note
<p><i>Histoire A</i></p> <p>Anne / Boiron / du 20^e arrondissement / de Paris / travaillant / comme cuisinière / dans une cantine / scolaire /, a raconté / au poste de Police / de la Mairie / qu'elle avait été attaquée / dans la rue / la nuit précédente / et qu'on lui avait volé / deux cent cinquante francs /. Elle avait quatre / petits enfants /, le loyer devait être payé /, et ils n'avaient pas mangé / depuis deux jours /. Le policier /, ému par l'histoire de cette femme /, organisa une collecte / pour elle /.</p>	<p><u>04</u> <u>02</u> <u>00</u> <u>02</u> <u>03</u> <u>04</u></p>
<p style="text-align: right;">Max. = 25 Total Histoire A</p>	<p style="text-align: center;">12</p>
<p><i>Histoire B</i></p> <p>Robert / Duchemin / conduisait / sur une nationale /, la nuit /, dans la vallée / du Rhône /, en direction de Marseille / un camion / de dix tonnes / contenant des œufs /, quand son essieu / cassa /. Son camion dérapa / et dégringola /, dans un fossé /. Il fut projeté / contre le tableau de bord / et reçut un choc violent /. Il n'y avait pas de circulation / et il désespérait de voir arriver des secours /. Lorsque soudainement, son poste-émetteur / grésilla /. Il répondit aussitôt /, « Ici, la Sauterelle » /.</p>	<p><u>04</u> <u>02</u> <u>00</u> <u>03</u> <u>00</u> <u>03</u></p>
<p style="text-align: right;">Max. = 25 Total Histoire B</p>	<p style="text-align: center;">12</p>
<p style="text-align: right;">Max. = 50 Total Histoire A + Histoire B</p>	<p style="text-align: center;">24</p>

FIGURES COUPLÉES II			
Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0
1	Fu	Ro	0
2	Ro	Bi	0
3	Ve	Ja	0
4	Bi	Fu	0
5	Ja	Vi	0
6	Vi	Ja	0
Max. = 6 Total			0

MOTS COUPLÉS II			
Mot stimulus (et réponse correcte)	Réponse		
	Facile	Difficile	
ROSE - (fleur)	<u>fleur</u>		
METAL - (fer)	<u>fer</u>		
ECOLE - (épicerie)			
CHOU - (plume)		<u>plume</u>	
BEBE - (cris)	<u>cris</u>		
ACCIDENT - (obscurité)			
OBEIR - (avancer)		<u>Avancer</u>	
FRUIT - (pomme)	<u>✓</u>		
Total	Max. = 4	Max. = 4	Max. Total = 8

REPRODUCTION VISUELLE II - Utiliser la Feuille de dessin RV II à la fin du protocole.		
Main utilisée : <input checked="" type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		
Item	Note (voir le récapitulatif des notes de Reproduction Visuelle).	Observations :
1	2	
2	7	
3	3	
4	4	
Max. = 41 Total	21	

CAPITULATIF DES NOTES DE REPRODUCTION VISUELLE (Voir Appendice B dans le Manuel pour les critères de notation)

	RV I	RV II		RV I	RV II		
CARTE A			CARTE D				
Notes :			Rectangles :				
1. Continu / droit / égal	1	1	1. Ne se touchent pas / ne se coupent pas	1	1	10	
2. Intersection à la moitié	1	1	2. Angles de 90 degrés	0	1	15	
3. Croisement à angle droit	1	1	3. Pas de rotation (15 degrés)	1	1		
4. Pas de rotation (15 degrés)	1	1	4. 2 petits à droite du grand	0	0	21	
5. Bases du grand et du petit au même niveau	1	0	5. Le plus haut a la plus grande hauteur	1	0		
6. Bases du grand et du petit au même niveau	1	0	6. Bases du grand et du petit au même niveau	1	0		
7. Haut du grand plus haut que celui des petits	0	0	7. Haut du grand plus haut que celui des petits	0	0		
8. Bases des 3 de même longueur	0	0	8. Bases des 3 de même longueur	0	0		
9. Hauteur du grand > largeur	1	1	9. Hauteur du grand > largeur	1	1		
10. Hauteurs des petits < largeurs	1	0	10. Hauteurs des petits < largeurs	1	0		
TOTAL	7	7					
CARTE B			Segment de cercle :				
Notes :			11. Figure à droite des rectangles	1	0	appel	
1. Grand cercle	1	1	12. Arc de cercle à droite	1	0	Yéré	
2. Cercle moyen dans le grand cercle	1	1	13. Symétrie / proportion	0	0		
3. Petit cercle dans le cercle moyen	1	1	14. Pas de rotation (15 degrés)	0	0		
4. Grand cercle et cercle moyen se touchent (en haut)	1	1	Triangle :				
5. Petit cercle et cercle moyen se touchent (en bas)	1	1	15. Figure à droite du segment	1	0		
6. Rond / fermé	1	1	16. Sommet touche le milieu	0	0		
7. Dimensions correctes	1	1	17. Angle d'environ 90 degrés	0	0		
TOTAL	7	7	18. Pas de rotation (15 degrés)	1	0		
			TOTAL	1	0	11	
			Total (Cartes A à D) Max. = 41				20
							21
CARTE C			Notes :				
Grand carré :							
1. Forme carrée	1	1					
2. Lignes (verticale - horizontale)	0	1					
3. Pas de rotation (15 degrés)	1	0					
4. Chaque quart a 4 points	1	1					
Carrés moyens :							
5. Ne se touchent pas dans les 4 quarts	0	1					
6. Forme carrée	0	0					
7. Lignes (verticale - horizontale)	1	0					
8. Pas de rotation (15 degrés)	1	0					
9. Même taille / proportion	0	0					
TOTAL	4	3					

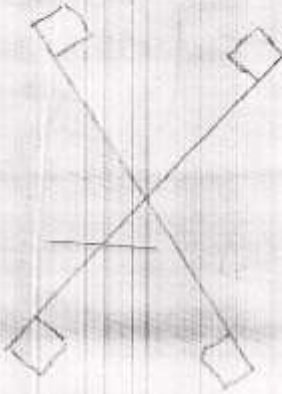
MS-R

DUCTION VISUELLE - FEUILLE DE DESSIN

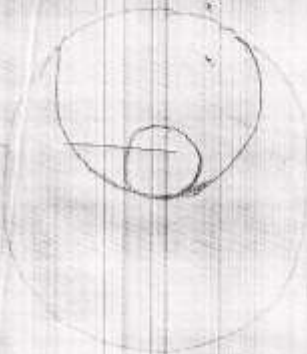
Nom Nakato

Date _____

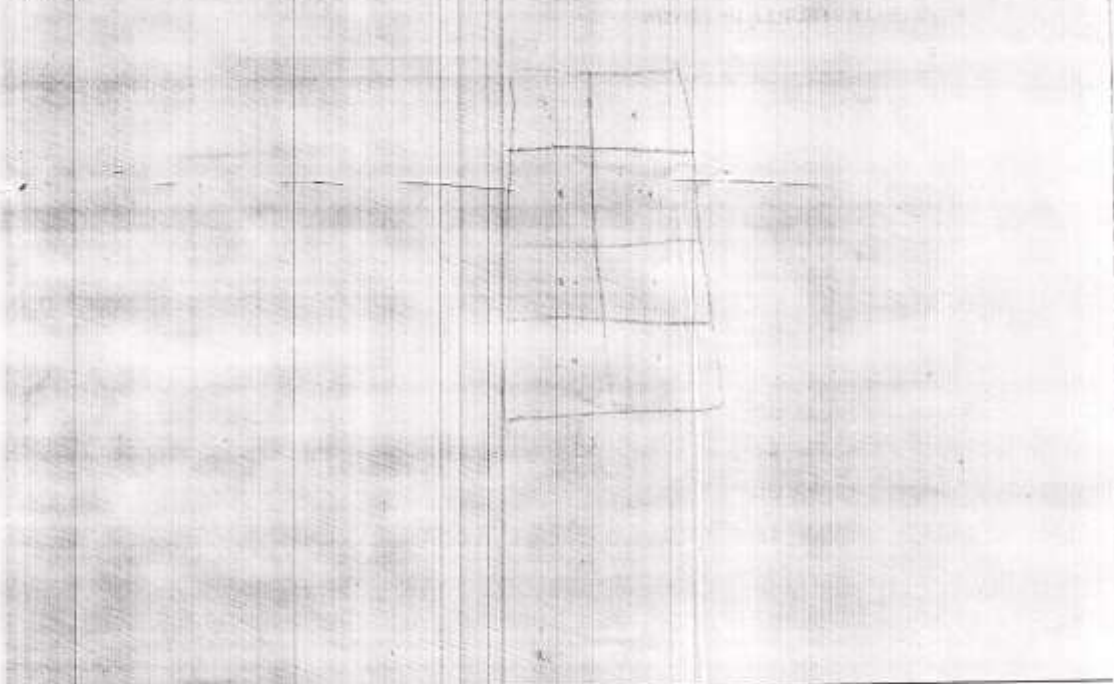
A



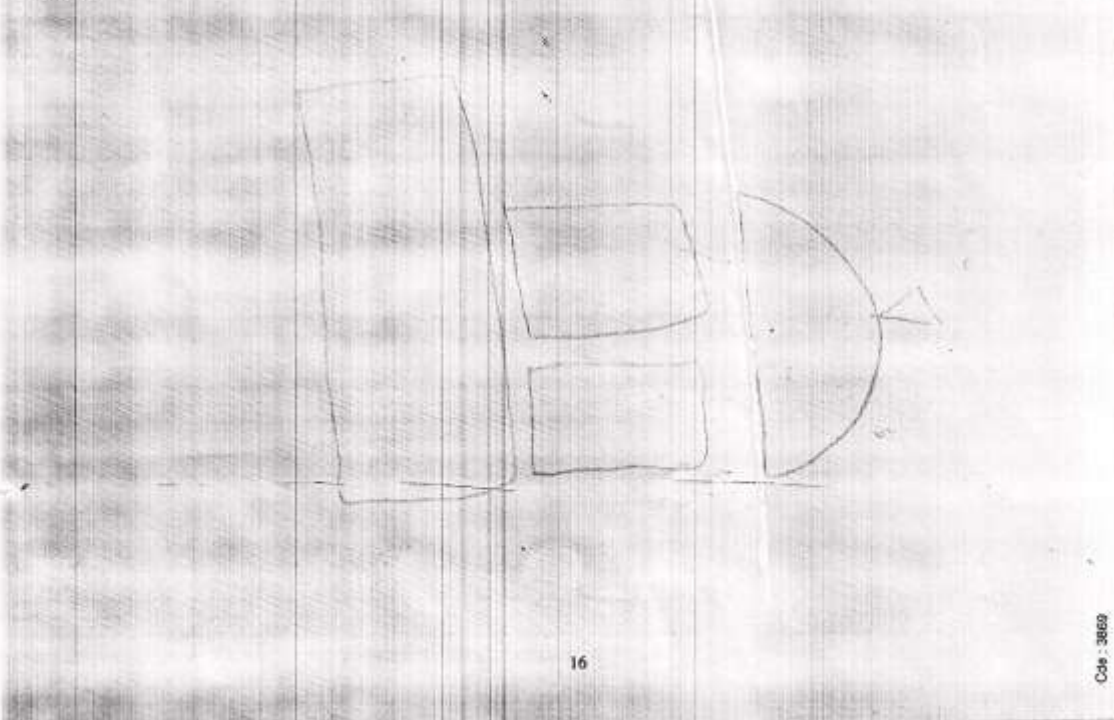
B



Carte C



Carte D



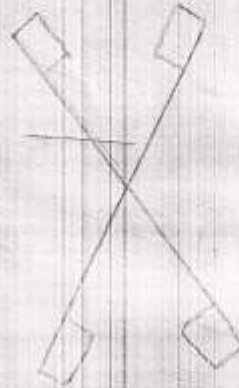
MS-R

RODUCTION VISUELLE - FEUILLE DE DESSIN

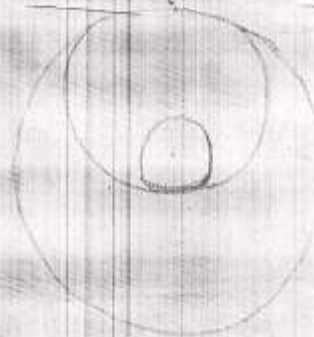
Nom Alouata

Date 21-01-2011

te A

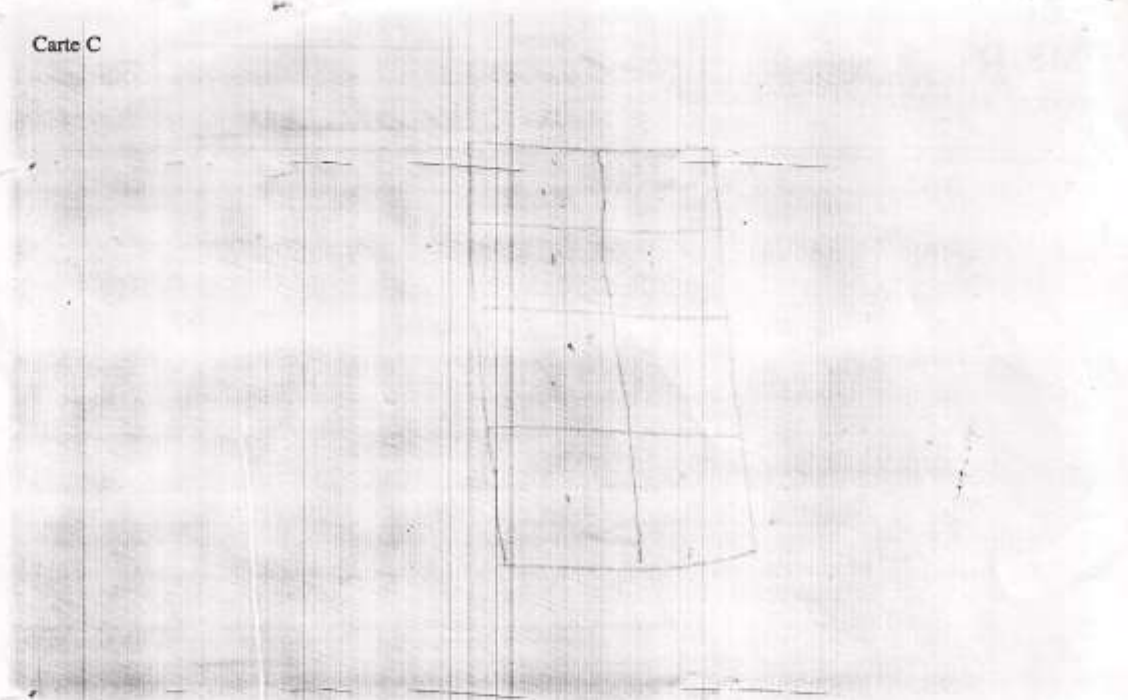


te B

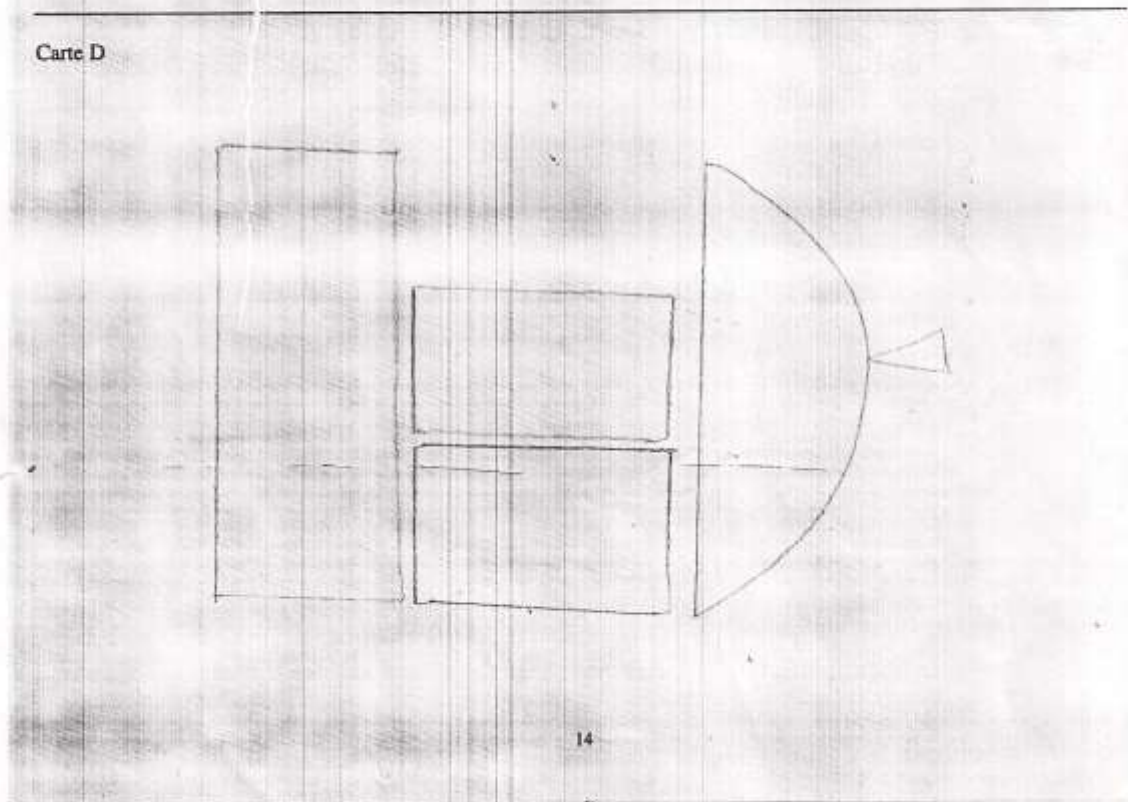


13

Carte C



Carte D



Reporter
le temps _____

MÉMOIRE LOGIQUE II - Administrer 30 mn après la Mémoire Logique I. Donner 1 point par item correct (voir Appendice A dans le Manuel pour les critères de notation).	Note
<p><i>Histoire A</i></p> <p>Anne / Boiron / du 20^e arrondissement / de Paris / travaillant / comme cuisinière / dans une cantine / scolaire /, a raconté / au poste de Police / de la Mairie / qu'elle avait été attaquée / dans la rue / la nuit précédente / et qu'on lui avait volé / deux cent cinq francs /. Elle avait quatre / petits enfants /, le loyer devait être payé /, et ils n'avaient pas mangé / depuis deux jours /. Le policier /, ému par l'histoire de cette femme /, organisa une collecte / pour elle /.</p>	<p>5 4 3 2 2 0</p>
<p style="text-align: right;">Max. = 25 Total Histoire A</p>	<p>18</p>
<p><i>Histoire B</i></p> <p>Robert / Duchemin / conduisait / sur une nationale /, la nuit /, dans la vallée / du Rhône /, en direction de Marseille / un camion / de dix tonnes / contenant des œufs /, quand son essieu / cassa /. Son camion dérapa / et dégringola /, dans un fossé /. Il fut projeté / contre le tableau de bord / et reçut un choc violent /. Il n'y avait pas de circulation / et il désespérait de voir arriver des secours /. Lorsque soudainement, son poste-émetteur / grésilla /. Il répondit aussitôt /, « Ici, la Sauterelle » /.</p>	<p>6 3 3 2 2 1</p>
<p style="text-align: right;">Max. = 25 Total Histoire B</p>	<p>17</p>
<p style="text-align: right;">Max. = 50 Total Histoire A + Histoire B</p>	<p>35/50</p>

MÉ

ORI

Iter

1.

2.

3.

4.

5.

6.

FIGURES COUPLÉES II			
Item	BR	Réponse	Note 1 ou 0
1	Fu	Fu	1
2	Ro	Ro	1
3	Ve	Ve	1
4	Bl	Bl	1
5	Ja	Vi	0
6	Vi	Ja	0
Max. = 6 Total			4/6

ORI

Iter

1.

2.

3.

4.

5.

6.

MOTS COUPLÉS II			
Mot stimulus (et réponse correcte)	Réponse		
	Facile	Difficile	
ROSE - (fleur)	bleu		
METAL - (fer)	bleu		
ECOLE - (épicerie)		épicerie	
CHOU - (plume)		plume	
BEBE - (cris)	cris		
ACCIDENT - (obscurité)		obscurité	
OBEIR - (avancer)			
FRUIT - (pomme)	poisson		
Total	Max. = 4 4/4	Max. = 4 3/4	Max. Total = 8

ÉN

GIN

sm

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

REPRODUCTION VISUELLE II - Utiliser la Feuille de dessin RV II à la fin du protocole.		
Main utilisée : <input checked="" type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		
Item	Note (voir le récapitulatif des notes de Reproduction Visuelle).	Observations :
1	0	
2	5	
3	5	
4	5	
Max. = 41 Total	14/41	

RÉCAPITULATIF DES NOTES DE REPRODUCTION VISUELLE (Voir Appendice B dans le Manuel pour les critères de notation)

	RV I	RV II		RV I	RV II
CARTE A			CARTE D		
Lignes :			Rectangles :		
1. Continu / droit / égal	1	1	1. Ne se touchent pas / ne se coupent pas	1	1
2. Intersection à la moitié	2	—	2. Angles de 90 degrés	—	1
3. Croisement à angle droit	—	—	3. Pas de rotation (15 degrés)	1	0
4. Pas de rotation (15 degrés)	—	6	4. 2 petits à droite du grand	—	0
Drapeaux :			5. Le plus haut a la plus grande hauteur	—	0
5. Bonne position	—	1	6. Bases du grand et du petit au même niveau	—	0
6. Côté commun avec la ligne	—	0	7. Haut du grand plus haut que celui des petits	—	0
7. Forme carrée	—	3	8. Bases des 3 de même longueur	—	0
TOTAL	6	14	9. Hauteur du grand > largeur	1	0
CARTE B			10. Hauteurs des petits < largeurs	—	0
Cercles :			Segment de cercle :		
1. Grand cercle	1	—	11. Figure à droite des rectangles	—	0
2. Cercle moyen dans le grand cercle	1	—	12. Arc de cercle à droite	—	0
3. Petit cercle dans le cercle moyen	—	—	13. Symétrie / proportion	—	0
4. Grand cercle et cercle moyen se touchent (en haut)	—	—	14. Pas de rotation (15 degrés)	—	0
5. Petit cercle et cercle moyen se touchent (en bas)	0	—	Triangle :		
6. Rond / fermé	—	—	15. Figure à droite du segment	—	0
7. Dimensions correctes	—	—	16. Sommet touche le milieu	—	0
TOTAL	2	5	17. Angle d'environ 90 degrés	—	0
CARTE C			18. Pas de rotation (15 degrés)	—	0
Grand carré :			TOTAL	2	2
1. Forme carrée	2	1	Total (Cartes A à D) Max. = 41		
2. Lignes (verticale - horizontale)	1	0			
3. Pas de rotation (15 degrés)	—	—			
4. Chaque quart a 4 points	—	1			
Carrés moyens :					
5. Ne se touchent pas dans les 4 quarts	—	0			
6. Forme carrée	—	—			
7. Lignes (verticale - horizontale)	—	1			
8. Pas de rotation (15 degrés)	—	0			
9. Même taille / proportion	—	2			
TOTAL	5	3			
			Notes :		

OBSERVATIONS DU COMPORTEMENT

Attitude envers le test (intérêt, motivation, réaction face à réussite / échec...)

il était trop motivé de faire passer le test, pose beaucoup de questions concernant la réussite ou échec des ^{autres} tests.

Attention

il ne prend pas l'attention.

Problèmes visuels / auditifs / moteurs

Sans problèmes visuels.

Langage (réceptif / expressif)

pas de problèmes de langage.

Apparence physique

Affect

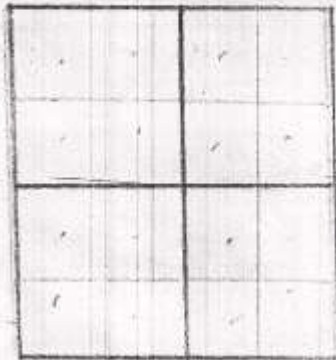
Comportements inhabituels / Processus de pensée

Autres tests administrés

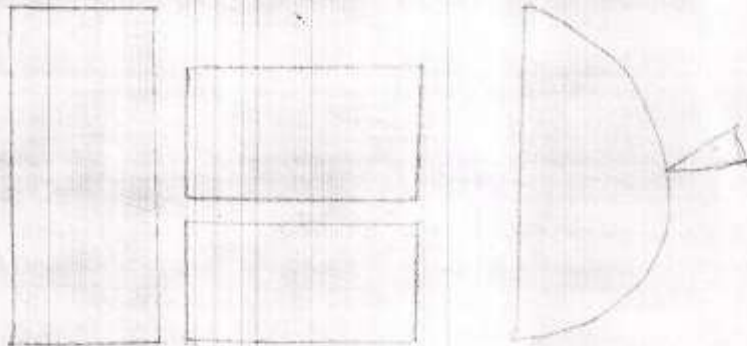
Diagnostic

Le cas a quelque problème sur la fonction de la mémoire.

Carte C



Carte D



VMS-R

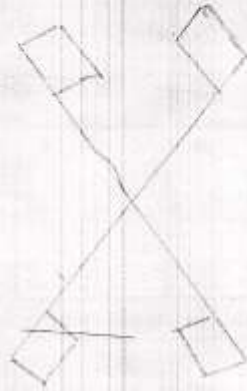
RODUCTION VISUELLE - FEUILLE DE DESSIN

I

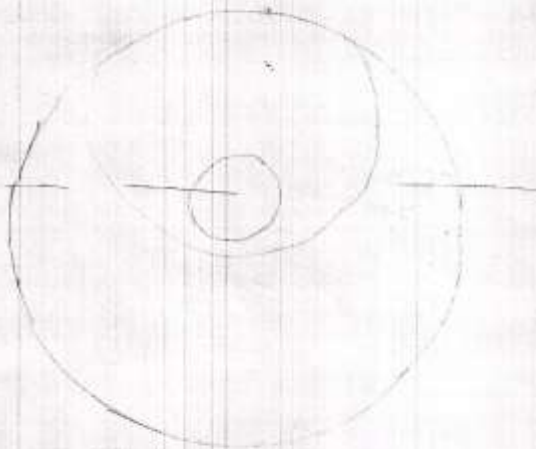
Nom _____

Date 17/10/2011

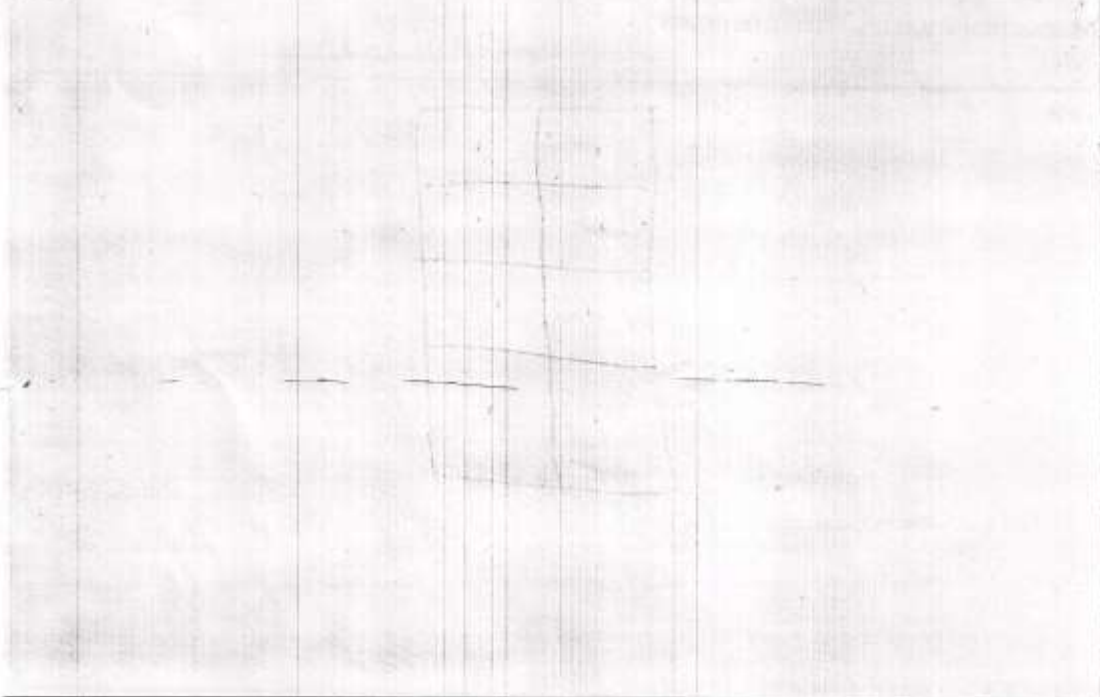
te A



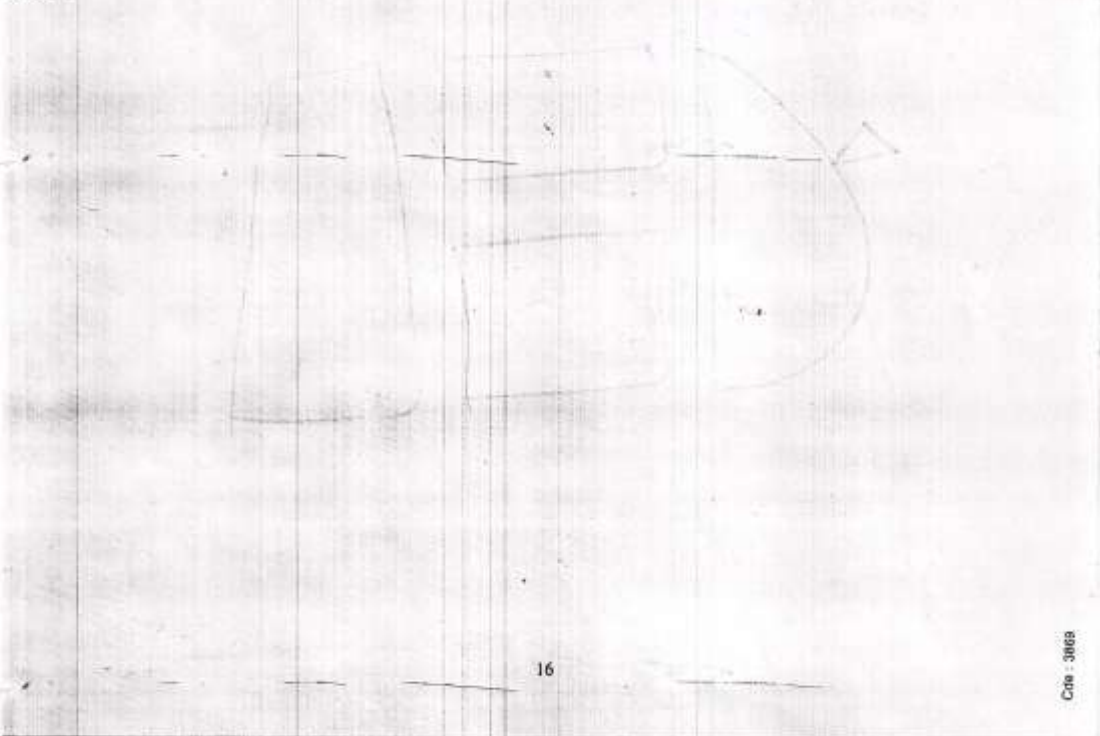
te B



Carte C



Carte D



16

Cote - 3169

ملخص البحث :

حاولنا في دراستنا هذه تقييم كيفية توظيف الذاكرة عند الشاب المصاب بالصرع ,التي تختل في وظيفتها نتيجة اختلال عصبي ,بيولوجي او عوامل اخرى اجتماعية كانت او نفسية .
مرض الصرع يؤثر على وظيفة الذاكرة و ينتج عنها اختلال في ذلك و بالتالي كيفما كان اصل هذا الاختلال الناتج عن مرض الصرع ,فيكون لها تأثير على الحياة اليومية للشاب المصاب بالصرع، وعلى مختلف نشاطاته.

الكلمات المفتاحية: الصرع ,الذاكرة ,الشاب المصاب بالصرع

Résumé :

Nous avons essayé dans notre étude d'évaluer la façon d'utiliser la mémoire chez un jeune épileptique, qui se distinguent par leur fonction à la suite d'un trouble neurologique, facteurs biologiques ou autres, social ou psychologique. L'épilepsie affecte la fonction de mémoire et entraîne un déséquilibre et donc tout ce qui était en dehors de ce déséquilibre causé par l'épilepsie, ont donc un impact sur la vie quotidienne d'un jeune épileptique, et sur ces diverses activités.

Mots-clés: épilepsie, la mémoire, le jeune épileptique

Summary:

We tried in this study to evaluate how to use memory in a young epileptic who are distinguished by their function as a result of a neurological disorder, or other biological, social or psychological. Epilepsy affects memory function and cause an imbalance and therefore everything outside the imbalance caused by epilepsy, have an impact on the daily life of a young epileptic, and various activities.

Keywords: epilepsy, memory, young epileptic