

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

تلمسان الجزائر

Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie
Filière : psychologie
Spécialité : Les Mécanismes Mentaux
Et structuration psycho pathologique de l'épilepsie



Mémoire pour obtenir le grade de magister en psychologie clinique
Option : Psychopathologie de l'épilepsie

Les dysfonctionnements psychomoteurs et leurs entraves chez l'enfant épileptique

Présenté par :

- BENHAMMADI Ibrahim

Encadré par le professeur

- ATTAR MECHERBET Afifa

Membres de jury

-Pr. BECHLAGHEM Yahia

université de TLEMEN

Président

-Pr. ATTAR MECHERBET Afifa

université de TLEMEN

Encadreur

- Pr. MESSILI Rachid

université Alger II

Examineur

-Dr. BENHMED Kouider

université de Mostaganem

Examineur

Année universitaire 2012 - 2013

Remerciements

A Madame le Professeur ATTAR MECHERBET Afifa

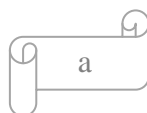
*Trouvez ici l'expression de nos sincères et très vifs remerciements non
Seulement pour avoir accepté de diriger notre mémoire de magister mais
Aussi pour votre disponibilité, votre dévouement et votre rigueur
Scientifique.*

*Grâce à vos encouragements et à votre générosité, ce travail a pu être mené
à son terme. Sachez que nous vous serons éternellement reconnaissantes.*

*AU PERSONNELLE DU CENTRE PSYCHOPEDAGOGIQUE DE RAMCHI
AU CAS DE NOTRE ETUDE ET A SA FAMILLE*

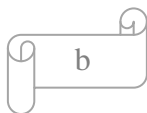
A tous les membres du jury

Pour avoir accepté de juger ce travail.



*Je dédie ce travail,
À
Mon père et ma mère
Mes sœurs
Toute la famille et mes amies*

Ibrahim



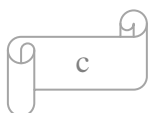
Sommaire :

Introduction générale.....01

❖ *Première partie : La désorganisation tonique
de la motricité chez l'enfant épileptique.*

Chapitre I : Les lois du développement psychomoteur et ses principales phases

Introduction.....	09
I-1 Les premiers signes du développement psychomoteur.....	10
I-1.1 Evolution du tonus.....	10
I-1.2. Les mouvements corporels précoces.....	11
I-1.3. Les automatismes primaires ou reflexes archaïques.....	14
I-2. Evolution des activités de positionnement et de transport.....	16
I-2.1 Evolution des activités de saisie, de manipulation et de transformation.....	17
I-2-2 Evolution des expressions.....	18
I-3 Le développement psychomoteur à partir de 2 ans.....	19
I-3.1 Développement postural.....	19
I-3.1.1 La position assise.....	19
I-3.1.2 Le passage de la position de décubitus à la position assise.....	20
I-3.1.3 La coordination de la marche.....	20
I-3.2 L'évolution du contrôle tonico-moteur.....	20
I-3.2.1 Comportement moteur général.....	20
I-3.2.2 Les progrès de la motricité fine.....	20



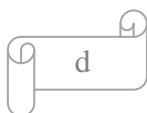
I-3.2.3 Tonus musculaire et syncinésies.....	21
I-3.3 La latéralisation.....	21
I-3.4 Le schéma corporel.....	22
I-3.5 La représentation spatiale.....	24

Chapitre II : Les liens entre le développement moteur et le développement cognitif

Introduction :.....	26
II-1 : Le développement moteur et l'intelligence chez Wallon.....	27
II-1.1 Le mouvement chez Wallon.....	27
II-2 Le développement cognitif selon Piaget.....	29
II-2.1 La théorie de Piaget.....	29
II-2.2 Les stades du développement cognitif.....	31
II-2.2.1 Le stade sensori-moteur de la naissance à 2 ans.....	31
II-2.2.2 Le stade préparatoire.....	34
II-2.2.3 Le stade des opérations concrètes.....	35
II-2.2.4 Le stade des opérations formelles.....	36
II-3 La dynamique de l'inter-influence motrice et cognitive.....	37
II-3.1 La motricité et son rapport à l'épilepsie :.....	37
II-3.2 Les niveaux de passage de l'action à l'opération :.....	39
II-3.3 Les praxies et leur ancrage dans la pensée :.....	41

Chapitre III : Les troubles psychomoteurs et l'épilepsie chez l'enfant.

Introduction :.....	47
III-1 L'organisation psychomotrice :.....	48
III-2. Le champ spatial et le schéma corporel :.....	53
III-3 Les troubles psychomoteurs :.....	55
III-4 Les entités psychomotrices morbides :.....	57



III-4.1 Les tics :.....	57
III-4.2 La débilité motrice :.....	58
III-4.3 L'instabilité psychomotrice :.....	58
III-4.4 L'inhibition psychomotrice :.....	59
III-4.5 Aspects cliniques des désorganisations praxiques :.....	60

Chapitre IV : Les troubles psychiques de l'épilepsie chez l'enfant

Introduction :.....	64
IV-1 Les désordres psychique.....	65
IV-1.1 L'efficience intellectuelle :.....	65
IV-1.2 Les psychoses :.....	67
IV-1.3 Les névroses :.....	67
IV-2 L'usure Psychique des crises :.....	68
IV-2.1 Rôle des facteurs psychique dans le déclenchement des crises :.....	68
IV-2.2 Le vécu de crises :.....	69
IV-2.3 Signification des crises.....	69
IV-2.4 Abord familial et social de l'épilepsie :.....	71

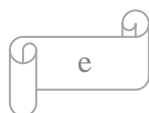
❖ *Deuxième partie : Méthodologie de la démarche d'approche.*

Chapitre I : Cadre méthodologique.

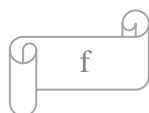
I-1 Choix du cas.....	75
I- 2 Préliminaire de la recherche :.....	75
I-3 L'observation clinique.....	75
I-4 L'entretien clinique :.....	76
I-5 Orientation théorique spécifique à la recherche.....	76

Chapitre II : Appréciation clinique et évolution du cas.

II- 1 Etude et présentation du cas :.....	82
---	----



II-1.1	Présentation de l'enfant.....	82
II-1.2	Niveau socioculturel de la famille.....	82
II-1.3	Etat actuel du cas.....	82
II-2	Amnésie du cas :.....	83
II-3	Premières appréciations du Développement psychomoteur du cas :.....	85
II-4	Appréciation de fonctions cognitives du cas.....	86
<u>Chapitre 3 : L'épreuve cognitive.</u>		
III-1	Présentation du WISC III.....	90
III-2	L'intérêt de l'utilisation du WISC III dans notre étude.....	93
III-3	Objectifs d'analyse du subtest « cube ».....	94
III-3.1	Présentation des items :.....	95
III-3.2	Passation du subtest cubes au cas S.A.....	98
III-4	Interprétation des résultats.....	100
<u>Chapitre IV : L'épreuve psycho-neurologique.</u>		
IV-1	La NEPSY : (Le bilan neuropsychologique de l'enfant).....	103
IV-1.1	Présentation générale du test NEPSY.....	103
IV-1.2	L'intérêt de l'utilisation de la NEPSY dans notre étude.....	108
IV-2	Domaines sensorimoteur de la NEPSY et leur consigne de passation.....	110
IV-2.1	Le subtest Tapping.....	110
IV-2.2	Le subtest Imitation de position de main.....	112
IV-2.3	Le subtest Précision Visio-motrice.....	113
IV-2.4	Le subtest séquence motrice manuelle.....	114
IV-2.5	Le subtest distinction des doigts.....	115
IV-3	Interprétation des domaines de la NEPSY.....	115
IV-4	Résumé des résultats de S.A à la NEPSY.....	118
IV-5	Synthèse générale autour de l'épreuve	



cognitive et neuropsychologique.....122

Chapitre V : L'épreuve du schéma corporel

V-1 Présentation du test du schéma corporel.....	125
V-2 Passation du test du schéma corporel.....	126
V-2.1 L'épreuve du corps.....	127
V-2.2 L'épreuve du visage.....	128
V-3 L'interprétation du test du schéma corporel.....	129
V-3.1 Interprétation quantitative.....	129
V-3.2 Interprétation qualitative.....	130
V-4 Résumé des résultats de S.A au test du schéma corporel.....	131

❖ *Troisième partie : L'inhibition psychomotrice chez
l'enfant épileptique.*

Chapitre I : les désordres de la pensée intuitive et leur relation à l'inhibition affective chez l'enfant épileptique

Introduction.....	135
I-1 La perturbation de l'organisation des images mentales chez l'enfant épileptique.....	136
I-2 L'aspect symbolique de la pensée intuitive.....	139
I-3 Les principaux axes de la pensée intuitive et leur entrave chez l'enfant épileptique.....	141
I-4 Entrave de la pensée intuitive et la désorganisation praxique chez l'enfant épileptique.....	145

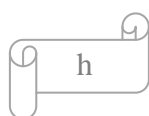
Chapitre II : L'handicape de l'épilepsie du père et son entrave au développement psychomoteur.



Introduction_.....	155
II-1 Désorganisation tonique chez l'enfant épileptique.....	152
II-1.1 l'entrave du dialogue tonique chez l'enfant épileptique.....	156
II-1.2 le rôle des facteurs affectives dans la perturbation tonique chez l'enfante épileptique.....	159
II-2 La perturbation des mécanismes d'inhibition psychomotrice chez l'enfant épileptique.....	165
II-2.1 développement du contrôle moteur et les déficits de l'inhibition chez l'enfant épileptique.....	166
II-2.2 la représentation de l'espace et son entrave chez l'enfant épileptique.....	169
II-3 L'aspect psychomoteur comme facteur du caractère chez l'enfant épileptique.....	170

Chapitre III : Phase de latence et freins communicatifs chez l'enfant épileptique

Introduction	178
III-1 Le fonctionnement du psychisme à la période de latence et ses particularités chez l'enfant épileptique.....	179
III-2 Les progrès du social en période de latence et leur entrave chez l'enfant épileptique.....	182
III-3 L'inhibition des réactions sociales chez l'enfant épileptique en période de latence.....	183
<u>Conclusion Générale</u>	186
<u>Annexes</u>	189
<u>Bibliographie</u>	205



Introduction générale :

Notre travail de recherche porte sur l'étude de l'épilepsie de la deuxième enfance et sa relation aux dysfonctionnements psychomoteurs. L'épilepsie est une maladie mystérieuse pour beaucoup de gens, suscitant ainsi craintes et inquiétudes de l'épileptique lui-même et surtout de son entourage notamment le plus proche. La crise de l'épilepsie par sa nature imprévisible provoque chez l'enfant une sorte de méconnaissance de soi et une discontinuité, car le corps qui est le support des apparences physique et du vécu psychologique est gravement altéré au moment de la crise. Cette altération est notamment repérée dans ce que nous avons appelé les dysfonctionnements psychomoteurs, qui répond indirectement à un mode fonctionnel psychologique propre à l'épileptique, ou l'enfant épileptique et comme l'adulte essaye de redresser son rapport avec le monde l'extérieur à travers ce style de réactions.

1-Problématiques :

Dans l'étude qu'on va faire, on va essayer de répondre aux problématiques suivantes :

1/ Quelle est la structure cognitive déficitaire altérant l'organisation spatiale et qui à son tour a structuré l'épilepsie ?

2/ Quelles sont les particularités du fonctionnement psychomoteur intervenant dans le déficit cognitif de l'épilepsie ?

3/ Quel degré de désorganisation peut atteindre le schéma corporel dans sa structure présumée ? Et à quelle entrave relationnelle contribue cette désorganisation ?

Afin de répondre à nos questionnements, nous avons établi les hypothèses suivantes.

2- Les hypothèses :

1/ l'enfant épileptique qui atteste d'un dysfonctionnement psychomoteur souffre évidemment d'une grande entrave dans l'aspect figuratif de sa pensée, et qui bloque le passage à la pensée opératif.

2/ l'enfant épileptique atteste d'une immaturité psychomotrice, soutenue par un manque du contrôle tonico-moteur exprimé dans les états d'inhibition.

3/ l'enfant épileptique ne peut pas acquérir complètement les structures préalables à la construction du schéma corporel à cause d'un certain mode du vécu relationnel.

3- Le but de la recherche :

Vu l'importance de ce thème, nous nous sommes demandé comment peut-on découvrir les particularités du dysfonctionnement psychomoteur chez l'enfant épileptique, et comment peut s'exprimer par rapport à un certain mode réflexif. Nous avons voulu découvrir quelles sont les éventuelles relations entre cette appartenance clinique au tableau de l'épilepsie et les entraves du schéma corporel, nous

avons aussi essayé de savoir quelle mode relationnel permettant l'encrage de cette grave pathologie, est les expressivités qui l'ont accompagné.

4- L'importance de la recherche :

Notre recherche est une approche de l'enfant épileptique souffrant d'un dysfonctionnement psychomoteur et son vécu relationnel. Elle nous aidera à mieux cerner l'aspect psychologique et médical de l'épileptique aux fins d'une prise en charge adéquate, et aidera la famille ayant un enfant porteur de cette pathologie à mieux la cerner, ainsi qu'une bonne insertion dans le milieu socioculturel pour l'enfant.

5- Motivation de la recherche :

Le choix de notre étude n'est pas un pur hasard, mais il est essentiellement issu d'un intérêt personnel qui m'a poussé à me documenter à propos de l'épilepsie.

Cette documentation nous a mené à découvrir que cette maladie était entourée de nombreuses contraintes et reste encore mal connue du grand public.

Cette recherche est nécessaire car elle nous aide à mieux cerner le type d'épilepsie dont est atteint l'enfant et a aider la famille à le prendre en charge de la meilleure manière possible.

6- La difficulté de la recherche :

On est passé par plusieurs obstacles et difficultés avant de pouvoir réaliser cette recherche, nous allons essayer de les citer brièvement et par ordre chronologique ;

- Difficulté à trouver les cas vu le refus des parents à déclarer rapidement l'épilepsie de leur enfant ;
- La peur constante du chercheur de perdre son suivi les cas;
- La difficulté de la gestion des entretiens vu les absences répétées au rendez-vous, ou bien par manque de moyen pour les déplacements, ou tout simplement par négligence;
- La méfiance dans les propos et dans le comportement des mamans lors des premiers entretiens ;
- L'absence des pères lors de tous les entretiens, soit par contrainte du travail, soit par négligence, ou bien par refus ;

Et enfin, le manque de disponibilité de la documentation en rapport à l'épilepsie.

7- Les définitions opératoires :

*L'épilepsie : L'épilepsie est une affection chronique se caractérisant par la survenue de convulsions qui sont le résultat de décharges électriques paroxystiques. Le paroxysme est la période pendant laquelle les symptômes d'une maladie se manifestent avec un

maximum d'intensité. Ces décharges électriques concernent des neurones du cortex cérébral.

*Les crises type absence : se son des crises d'épilepsie d'apparence imprévisible survenant surtout dans la période de la deuxième enfance, elle son souvent une source principale de l'échec scolaire.

*Les dysfonctionnements psychomoteurs : ce sont des entraves du fonctionnement général des capacités corporelles, elles sont caractérisées par une maladresse généralisée et un manque du contrôle tonico moteur.

8- Les limites de la recherche :

L'étude qu'on a réalisée s'est faite sur un cas d'enfant âgé de 11 ans, recruté a partir du centre psychopédagogique de la ville de REMCHI, sur la base d'un diagnostic établit confirment l'existence d'une épilepsie type avec des trouble moteur apparent. Cette enfant appartient à la catégorie de la deuxième enfance, il est issus d'une familles très modestes économiquement et culturellement et demeurent à la ville de REMCHI.

9-Techniques de la méthode clinique :

L'entretien : le type d'entretien qu'on a abordé dans cette recherche est un entretien semi-directif, il nous a permis d'obtenir un maximum d'informations bien élargies que ça soit sur l'enfant épileptique et son dysfonctionnement psychomoteur, que sur l'inter-échange relationnel

familial, il nous a permis aussi de faire des observations lors de ces entretiens qui duraient respectivement aux environs d'une heure.

L'observation : ce que nous avons observé durant ces rencontres, c'était le comportement de l'enfant et aussi le rapport relationnel mère-enfant.

Les tests : pour les besoins de la recherche, nous avons construit un dispositif d'évaluation clinique basé sur le WISC3 précisément le subtest cube. Son application, a confirmé notre première hypothèse.

Nous avons aussi fait passer dans une deuxième période les subtests du domaine sensori-moteur de la batterie neuropsychologique la NEPSY, pour vérifier la deuxième hypothèse

Et pour clôturer notre partie pratique nous avons utilisé l'épreuve du schéma corporel pour vérifier la troisième hypothèse.

Premier partie

Introduction :

L'étude de l'évolution de la motricité de l'enfant dans ses rapports avec le développement psychologique ne fait que souligner une évidence : l'importance des interrelations psychologiques et motrices chez tout individu et chez l'enfant en particulier. L'activité motrice est l'instrument essentiel dans la connaissance et la maîtrise du milieu ne peut pas être uniquement considérée d'un point de vue neuropsychologique, elle est essentiellement le reflet de la vie psychologique.

Dans ce chapitre on parlera des différentes phases du développement psychomoteur suivant les différents passages d'un niveau à un autre. On finalisera ce chapitre par une réflexion concernant même le mot psychomotricité dans ses lois de fonctionnement, on parlera justement de la relation entre le développement moteur et psychologique.

I-1 Les premiers signes du développement psychomoteur :

La naissance est une modification importante puisqu'elle implique un changement de l'environnement de l'enfant, le passage du milieu amniotique protégé et entouré, dans un milieu aérien en principe plus libre mais en fait plus dépendant. Il va en effet dépendre par ses besoins vitaux de son entourage d'enfant incapable de vivre sans aide et une assistance active, le mode d'agir des parents ouvre la voie à des relations et fonctionnements nouveaux. La mécanique de l'enfant n'est pas profondément modifiée par la naissance car il reste toujours immature.

L'évolution de la motricité chez l'enfant est complexe et les diverses phases de développement neurologique sont connues.

Il est classique selon Ajuriaguerra d'étudier l'état du tonus dit passif et du tonus postural, les mouvements précoces, les activités motrices primitives coordonnées, les réactions automatiques réflexes afin de suivre leur évolution dans le temps et leurs transformations.

I-1.1 Evolution du tonus :

Selon Ajuriaguerra, l'enfant à la naissance présente habituellement une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. Mais lorsqu'on étudie le tonus permanent, il faut le faire d'après une sémiologie qui tient compte de deux qualités différentes du tonus musculaire : l'extensibilité et la passivité.

On sait que la tête de l'enfant ballotte lorsqu'on secoue ses épaules, que la colonne vertébrale est incapable de se maintenir

verticalement dans la position assise et qu'elle ne résiste pas à la poussée antérieure, postérieure ou latérale.

Il existe en outre, une diminution du ballant des membres au niveau proximale (épaule et branches). Selon Ajuriaguerra le ballant des membres inférieurs est par contre important d'une manière massive si on secoue la région pelvienne (relative au bassin).

L'extensibilité peut être mesurée en étudiant l'angle poplité ou l'angle d'ouverture des adducteurs, Ajuriaguerra et M. Stambak 1958 ont montré que aussi bien l'angle poplité que l'angle des adducteurs augmente de manière progressive jusqu'au 12^{ème} mois, les degrés d'extensibilité présentent certains écarts suivants le type d'enfant est suivant le sexe (extensibilité est plus marquée chez les filles que chez les garçons).

L'évolution du tonus postural a ses propres lois. Ses dernières dépendent de l'organisation de la musculature axiale.¹

I-1.2. Les mouvements corporels précoces :

L'enfant à la naissance est un être en mouvement évolutif dans le cadre des phases de tension – détente, selon Ajuriaguerra. Les mouvements dits spontanés, non contrôlables, ne répondent pas à des buts concrets et paraissent indépendants de toute stimulation discernable. Leur disparition est la condition nécessaire aux activités déterminées par un but défini : mouvement de la recherche est d'orientation. Les activités motrices primitives coordonnées (activités

¹ Julian d'Ajuriaguerra : **Ontogénèse de la motricité**. In F. Joly, G.Labes : **Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité**, V1, éd PAPHYRUS, mai 2009, p225.

interactives périodiques, mouvements d'exploration du corps, rythmes, d'échange auto-offensives).

Les mouvements dits spontanés : selon plusieurs auteurs (H. Wallon, M. Bergeron, P. H. Wolff) ses mouvements apparaissent dès l'âge foetal.

Dès la naissance, ces mouvements sont d'après M. Bergeron (cité par Ajuriaguerra), plus fréquemment observés aux extrémités distales. Il s'agit de mouvements de flexion mais surtout d'extension, d'abord symétriques, puis deviennent unilatéraux, surtout fréquemment aux membres supérieurs, chez l'enfant de deux mois, l'extension prend le pas sur la flexion, couché sur le dos de l'enfant s'arc-boute, prenant parfois appuis sur la tête et sur les pieds, selon Ajuriaguerra, à 3 mois l'enfant révoles les mouvements d'extension, qui jusque-là étaient moins fréquents que les mouvements de flexion, ils prédominent nettement.²

Dans l'ensemble, c'est surtout sur un fond de mouvement de masse que s'inscrivent des mouvements extrêmement variés qui ne sont pas nécessairement symétriques ni synchrones surtout au niveau des membres supérieurs. Au niveau des mains, souvent fermées, se dégagent des mouvements brusques du poignet et des doigts, parfois des mouvements fins et lents.

Des modèles plus précis existent depuis la naissance, tels que les cris qui s'accompagnent de grimaces de la face et de modifications toniques générales : Les réactions toniques de la tête et des membres,

² Opus cité p 227.

l'extension et la flexion des membres supérieurs et inférieurs, les mouvements torsionnants du tronc. L'éternuement déclenche souvent une réaction semblant au réflexe de Moro.

Selon Ajuriaguerra, depuis la période fœtale l'enfant présente des activités orales que les mouvements automatiques de la bouche et de la langue sont prêts à fonctionner et que l'enfant suit l'orientation et les déplacements d'un doigt placés dans son optique.³

Les mouvements dits spontanés vont disparaître entre le 4^{ème} et le 5^{ème} mois.

- Les activités interactives buccales : sont les plus précoces. Elles se caractérisent par la succion du pouce, réalisation avide de l'activité alimentaire par la succion des vêtements, la morsure d'objets, le mâchonnement, le grincement des dents ce qui démontre que l'activité buccale joue un rôle dépassant la seule fonction alimentaire.

- Les mouvements d'exploration du corps propre : se caractérise selon Ajuriaguerra par des mouvements de frottement du nez, des yeux, de oreilles, par des attouchements des organes sexuels, un tortillement des cheveux et l'introduction des doigts dans le nez, ce qui caractérise ces mouvements c'est leurs orientations sur des zones proximales. Il est probable que ces mouvements d'exploration sont au service de la découverte du corps.

- Les rythmes se caractérisent soit par des mouvements oscillatoires de la tête avant le 3^{ème} mois, soit par des balancements

³ Opus cité p 229.

antéropostérieurs, lorsque les enfants ont acquis la position assise. Selon Ajuriaguerra, ces mouvements de rythmicité qui apparaissent d'ordinaire au cours de l'endormissement, permettent hors des satisfactions qu'ils procurent une indifférenciation facilitant le sommeil par une diminution des afférences extéroceptives et par l'emprise proprioceptive.

- Les décharges auto-défensives : elles se caractérisent par l'action de se mordre, de se griffer, de se pincer, de se gratter, de se cogner la tête, de se mordre les doigts. Ces différents types de mutilations, d'intensité variable, sont fréquents jusqu'à l'âge de 2 ans. Alors la courbe du comportement hétéro-agressive qui a commencé vers l'âge de 12 mois, connaît son ascension.

Selon Ajuriaguerra, ces décharges interactives, rythmées, exploratoires ou auto-offensives, considérées pendant très longtemps comme pathologiques, sont en fait évolutives et ne portent pas en soi un mauvais pronostic sauf si elles persistent au-delà d'un certain âge. Elles doivent trouver un sens dans l'évolution de la mobilité en contribuant probablement à l'organisation des émotions et des affects.

I-1.3. Les automatismes primaires ou reflexes archaïques :

Le terme d'automatisme primaire ne veut pas dire qu'il s'agit de réactions simples, ces réactions peuvent correspondre dès un âge précoce de l'évolution, à des organisations relativement complexes. Quant au terme réflexe archaïque, il ne signifie pas qu'il s'agit de fonctions qui disparaissent sans jouer de rôle dans l'organisation fonctionnelle motrice.

Ajuriaguerra nous cite selon les significations fonctionnelles de ces réflexes 3 formes qui sont les suivantes :

- Les reflexes d'évitement et d'approche : s'opposent chronologiquement l'un par rapport à l'autre comme pour certains types d'excitation, l'effleurement par exemple ; les réactions d'évitement précèdent les réactions d'approche, l'enfant réagit par des évitements et des excitations forts, par des sourires à des excitations légères.⁴

- Les reflexes d'orientation vers un stimulus significatif peuvent débiter par des réactions d'évitement et continuer plus tard par des réactions d'approche ou de poursuite. La langue peut réagir en cherchant la source excitante lorsque celle-ci est sucrée ou en s'éloignant de cette source lorsqu'elle offre des stimuli gustatifs amers.⁵

Selon le même auteur, d'autres reflexes ou de réactions peuvent, disparaître et réapparaissent sous des formes relativement semblables. Ce mécanisme répétitif ne signifie pas qu'il est fonctionnellement identique.

Néanmoins, nous pouvons identifier dans une trajectoire fonctionnelle composées de trois types :

- 1- L'évolution des activités de positionnement et de transport.
- 2- L'évolution des activités de saisie, de manipulation, de transformation.
- 3- L'évolution des expressions.

⁴ Opus cité p 232.

⁵ Opus cité p 233.

I-2. Evolution des activités de positionnement et de transport :

Elles répondent à un type d'activité tonique qui dépend des modifications du tonus lui-même dans son évolution permettant la mise en place du corps par rapport aux forces de gravité et aux signaux provenant du monde environnant.

Certains reflexes tels que celui de l'allongement croisé, de l'incurvation du tronc, de la triple flexion de la jambe sur la cuisse produits par des excitations, répondent à des réactions d'évitement et semblent correspondre à des fragments ou à des ébauches de réactions de transport. Le reflexe de redressement correspond à une attitude statique et celui de l'enjambement préfigure les mouvements de la marche.

Ajuriaguerra insiste sur un point essentiel dans ce genre d'étude et propose : « Lorsque nous essayons de présenter ces réactions comme des paliers d'un développement fonctionnel, ce n'est pas pour donner un sens à ce qui semble être des fragments autonomes sans aucune corrélation entre eux. Nous croyons que ces différents types de réactions qui vont avoir une plus ou moins grande importance selon la période évolutive, vont s'embrancher entre eux sans que chacun explique le fonctionnement présumé. Car celui-ci sera le fruit de transformations internes »⁶.

⁶ -opus cité : p234.

I-2.1 Evolution des activités de saisie, de manipulation et de transformation :

Ajuriaguerra considère que l'étude des étapes fonctionnelles de développement de la connaissance visuelle du monde, de la manipulation de l'objet et de la communication avec autrui, est essentielle pour la compréhension du futur fonctionnement psychomoteur.

Le nouveau-né présente des mouvements assez doux, beaucoup plus réguliers que les gestes brusques accomplis par l'enfant quelques semaines plus tard, cette fluidité s'expliquerait par la mise en jeu à ce stade, de programmes innés des décharges nerveuses qui seraient interrompues par des réactions réflexes et stéréotypées, en particulier par des mouvements d'agrippement, qui ont une grande stabilité dans le taux et la forme des gestes, ainsi que dans le rythme d'extension et de réaction du bras. A 8 jours, le bébé n'a qu'une fixation vague, imprécise, hésitante qui est souvent interrompue par des mouvements involontaires de la tête ou du corps. Puis vers l'âge des 9 semaines environ l'enfant est capable de fixer un objet très proche qui se détache bien de ce qui l'entoure, soit par des mouvements qui l'animent, soit par un contraste de brillance. C'est vers de 3-4 mois que l'enfant va fixer intensément tel ou tel objet mais il ne réussit pas encore à l'atteindre.

Les mouvements de la main sont moins variés et moins différenciés que les tentatives d'agrippement observées à la naissance.

L'explication la plus simple, d'après Ajuriaguerra, est que le processus visuel ou le processus de contrôle des déplacements des bras entre en compétition avec les mouvements de doigts et des poignets.

I-2.2 Evolution des expressions :

Les expressions se manifestent dans le cadre de l'évolution des émotions. Il s'agit d'unité de mouvement servant de signaux, qui, à un certain moment de l'évolution, ouvrant la voie à des échanges et communications. C. R. Brannigan et D. A. Humphris (cités par Ajuriaguerra) prétendent que : « un acte qui a une valeur peut être reconnu par le fait que dans certaines circonstances, au moins, son apparition change la conduite individuelle ». ⁷

Les premiers signes expressifs sont principalement les activités faciales dont nous retiendrons particulièrement le regard, les cri-pleurs et le sourire.

Enfin, il existe une ligne générale du développement moteur qui, grâce au code génétique, nous offre une prospective de développement et une structuration qui permet à l'enfant immature à la naissance de survivre à la réalisation fonctionnelle.

Le potentiel moteur n'est pas égal pour tous : il existe en effet à la naissance des enfants plus ou moins hypertonique ou hypotoniques, des enfants hyperactifs ou hypo actifs, le type de comportement de ces différentes catégories d'enfants peut varier selon les situations et les stimulations.

⁷ Opus cité p 239.

I-3 Le développement psychomoteur à partir de 2 ans :

L'évolution de développement psychomoteur se continue dans le sens d'un perfectionnement et d'une plus grande maîtrise des possibilités motrices et perceptives ainsi que dans l'acquisition d'une meilleure représentation par l'enfant de son propre corps et de l'espace.

I-3.1 Développement postural :

La posture peut être définie par la position de différents segments corporels à un moment donné ; elle permet : « l'immobilisation des pièces du squelette dans des positions déterminées, solidaires les uns des autres offrant au corps une attitude d'ensemble. Cette attitude exprime la manière dont l'organisme affronte les stimulations du monde extérieur et se prépare à réagir ».⁸

Le développement postural se fait selon le principe d'une progression céphalocaudale, c'est-à-dire qu'elle intéresse successivement la tête, le cou, les bras, le tronc et enfin les jambes ou proximodistale, comme par exemple le développement des gestes des bras puis celui de la motricité plus fine. A chaque maîtrise posturale, l'étape suivante englobe l'étape précédente.

I-3.1.1 La position assise :

Implique un développement des muscles qui fournissent la force et, en particulier un développement de la musculature du plan postérieur avec maintien du bassin.

⁸ J. Paillard : **Tonus, posture et mouvement**. In : C. Kayser : **Traité de physiologie**, tome 2. Paris, Flammarion : 1976, p 543-944.

I-3.1.2 Le passage de la position de décubitus à la position assise :

Implique des réactions de redressement et une activité adéquate de la musculature du plan antérieur et postérieur du tronc lors de la mobilisation de celui-ci.

I-3.1.3 La coordination de la marche :

Est un phénomène automatique mais les mouvements alternatifs et rythmés de flexion et d'extension croisées sont inutiles tant que le standing reflexe n'est pas apparu.

Les modifications de l'activité posturale dépendent donc de modifications successives de l'activité tonique grâce à une maturation progressive et une mise en action de nouveaux mécanismes coordinateurs.

I-3.2 L'évolution du contrôle tonico-moteur :

I-3.2.1 Comportement moteur général :

L'enfant de 2 ans a une exubérance motrice qui rend compte de l'instabilité normale de cet âge. C'est un bougillon (infatigable qui se dépense beaucoup, il va acquérir progressivement plus d'aisance, une plus grande liberté, une plus grande précision dans le geste pour parvenir vers 6-7 ans à un contrôle moteur et perceptif qui lui ouvrira les apprentissages scolaires.

I-3.2.2 Les progrès de la motricité fine :

Ils se font simultanément grâce à une connaissance vécue de la main et des doigts, si bien qu'un enfant de 6-7 ans peut faire à peu près ce qu'il veut.

I-3.2.3 Tonus musculaire et syncinésies :

- Le tonus de fond recherché par l'extensibilité et le ballant des segments des membres atteint son état mature vers 7-10 ans seulement, jusqu'alors on observe un certain degré d'hyperextensibilité ou encore un blocage parasite (Paratonie) du segment de membre lors de l'étude du ballant.

- Le tonus d'action : il est représenté par des syncinésies qui sont des mouvements parasites au cours de l'exécution du geste appelés à disparaître progressivement selon J. Bergès (cité par Mazet et Houzel),⁹ les syncinésies d'imitation observées aux membres supérieurs à la manœuvre des marionnettes unilatérales (l'autre main est le siège de contractions ou de mouvements synchrones) ont leur maximum de fréquences avant l'âge de 5 ans.

I-3.3 La latéralisation :

La latéralisation fait partie d'un processus de maturation qui, de l'âge infantile à l'âge adulte, va progressivement établir une symétrie fonctionnelle au profit de l'un ou de l'autre des deux hémisphères cérébraux. Elle mettra très longtemps à se réaliser. Elle est sous la dépendance de trois facteurs essentiels : le facteur génétique, le développement du système nerveux et le rôle du milieu.

La latéralisation suit plusieurs étapes :

De 0 à 5 ans, elle suit des fluctuations et reste très indéterminée. Dans cette première période, l'avantage pris par une main sur l'autre

⁹ Ph. Mazet, d. Houzel : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, volume 1, Paris, Maloine S. A. éditeur 1979. P36.

reste faible, notamment dans toutes les actions ou les automatismes importants.

De 5 à 7 ans, les progrès dans les acquisitions scolaires et ceux de la maturation fonctionnelle imposent des mécanismes nouveaux, plus précis et qui demandent une meilleure coordination. Mais la malléabilité du cerveau est encore très grande et on peut observer dans certain cas pathologiques les possibilités de suppléments entre les deux hémisphères.

A partir de 7ans, l'importance de la main dominante s'affirme dans les gestes les plus courants. Cette préférence manuelle s'affirme dans un grands nombre d'actions. Toutefois, ces acquisitions restent très malhabiles et, en cas d'accident ou d'empêchement momentané de la main dominante, la main dite « mineure » prend le relais.

I-3.4 Le schéma corporel :

La représentation que l'enfant acquiert progressivement de son corps est une fonction essentielle non seulement de son activité intellectuelle et perceptivo-motrice mais aussi de l'ensemble de sa personnalité.

Le schéma corporel est lié à la connaissance que chacun a de son corps, dès ses différents partis, de la place et des positions qu'il prend dans l'espace. Il évolue avec le développement de l'individu, à la puberté, par exemple, le corps se modifie de même que l'image que s'en fait l'adolescent.

Selon Wallon, le schéma corporel se rapporte aux relations entre l'espace gestuel et l'espace des objets, à l'accomplissement motrice de l'individu au monde extérieur.¹⁰

Le schéma corporel est lié :

* La trame spatiale basée sur l'activité posturale (position couchée, assise et debout).

* A l'enveloppe corporelle (objet d'exploration ludique oro-digitales).

* A l'image du corps (intégration progressive des différentes zones qui perdent peu à peu leurs caractères d'individualité et d'extériorité).

* Au rôle d'autrui dans la prise de conscience et la connaissance du corps.

L'élaboration du schéma corporel commence très tôt, grâce à l'intégration des sensations visuelles, auditives tactiles, une certaine accession à la reconnaissance spéculaire du corps propre se ferait chez l'enfant vers l'âge de 7-8 mois, un peu plus tard, que pour l'image spéculaire d'autrui selon H. Wallon.

Vers 3 ans, les éléments essentiels du schéma corporels sont présents, il suffit d'analyser les dessins des enfants pour s'en rendre compte ; le développement progressif de ce schéma conduit l'enfant à prendre conscience de son corps et de constituer une image du corps.

La constitution progressive de l'image du corps parallèlement à la prise de conscience de soi, est sans doute un élément constitutif de

¹⁰ Henri Wallon : Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. In Enfance, Tome 12, n°3 .1959 p 263.

l'individualisation, du processus par lequel, l'enfant fonde son sentiment de réalité propre et distincte du sentiment de l'autre. Beaucoup y ont insisté et notamment J. Lacan qui, dans son article sur le stade du miroir, considère que l'expérience spéculaire est fondamentale dans la constitution du « je » selon lui, l'enfant en se reconnaissant dans son image globale, celle qui lui renvoie le miroir, prend conscience dans un climat « d'assomption jubilatoire » de son unité en même temps qu'il s'aliène dans une image totalisant de soi, dès lors, il ordonnera ses expériences partielles autour de cette matrice imaginaire.¹¹

I-3.5- La représentation spatiale :

Elle est en étroite relation avec le schéma corporel. Espace personnel corporel et espace extérieur s'adaptent progressivement au cours des premières années par l'étroite liaison de la Kinesthésie et de la vision, c'est à partir du corps, de la posture et du geste que les notions de dedans-dehors, en haut, en bas, etc., se forment. On considère que vers 6-7 ans, les éléments de base de la représentation spatiales sont acquis.

¹¹ J. Lacan : Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je. Ecrit I, édition du seuil, Paris, 1966, p 98-97.

Introduction :

Les liens entre motricité et intelligence sont multiples et leur apparition au cours du développement constitue un territoire d'échange essentiel pour le développement de la personnalité. Il est clair que l'activité motrice dans la mesure où elle est intentionnelle, ne peut être séparée des domaines de la connaissance de l'intelligence, celle-ci étant envisagée là dans son sens d'aptitude à résoudre des problèmes et à s'adapter à des situations nouvelles. L'expérience passe d'abord par le corps et l'intelligence et se constitue dans l'action comme l'a soulevée Wallon. Mais en même temps les modalités de l'activité motrice sont fonction des possibilités mentales de se représenter à ce qui a été perçu et agi, avec la mise en place des fonctions symboliques et du langage. L'action prend une dimension nouvelle, de collé au concret, à l'immédiat, elle devient plus complexe et s'exprime dans des conduites de plus en plus élaborées. Dans ce chapitre nous nous inspirerons des travaux d'Henri Wallon et de Jean Piaget.

II-1 : Le développement moteur et l'intelligence chez Wallon

Henri Wallon estime que : « le mouvement est tout ce qui témoigne de la vie psychique, et il la traduit tout entière du moins jusqu'au moment où survient la parole ». ¹²

II-1.1 Le mouvement chez Wallon :

Selon H. Wallon, le mouvement par sa nature tient en puissance les différentes directions que pourra prendre l'activité psychique. Il est essentiellement le déplacement dans l'espace et il a 3 formes :

1- Mouvements passifs exogènes : se sont des mouvements provoqués par un appareil très archaïque, ils sont à la tête d'une lignée qui, par étapes successives à travers la recherche des postures nécessaires et des points d'appui appropriés, conduira l'enfant de la position couchée à la position assise, jusqu'à la position debout qui le propre de l'homme et qui a sur les progrès de la connaissance de soi une influence décisive.

2- La seconde forme du mouvement est due selon Wallon aux déplacements exogènes ou actifs soit du corps lui-même dans le milieu extérieur, soit d'objets qui s'y trouvent par les actions de locomotion ou préhension.

3- La troisième, enfin, c'est le déplacement des segments corporels ou de leurs fractions les unes par rapports aux autres. Il s'agit de réactions posturales qui ne sont pas sans se confondre partiellement avec celle de l'équilibre recherché par le corps de l'enfant.

¹² Henri Wallon : Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. In enfance, tome 12 n° 3-4, 1959. P235.

La fonction tonique (la base du mouvement) qui maintient dans le muscle un certain niveau de tension est basée sur le “tonus”. Selon Wallon : « Le tonus est ce qui peut maintenir les muscles dans la forme que leur a donné le mouvement, si celui-ci vient à s’interrompre (...) il est l’étoffe dont se construisent les attitudes et les attitudes sont en rapport d’une part avec l’accommodation ou l’attente perceptive et d’autre part, sont nées dans le sens de connaître une change affective »¹³. Wallon insiste aussi sur cette fonction tonique dans les premiers mois de la vie de l’enfant, le mouvement dans cette période est source de satisfaction des besoins vitaux : « c’est d’ailleurs, un mode d’expression qui reste tout affectif, mais dans les nuances peuvent finalement répondre à toute la gamme des émotions ».¹⁴ Cette période est appelée par Wallon “le stade émotionnel”.

Dans le stade suivant, qui est le stade sensori-moteur Wallon prévoit que le mouvement est lié plus à ses conséquences sensibles, la sensibilité rendra possible une perception plus précise et discriminative des excitations causées par les objets extérieurs et ce qu’appelle Wallon l’activité circulaire.

Dans ces deux stades les mouvements, étaient liés soit à des influences subjectives soit à la perception d’objets extérieurs. Il va devenir dans le troisième stade, l’accompagnement des représentations mentales, c’est “le stade projectif” où l’enfant s’exprime autant par des objets que par des mots ou il paraît vouloir mimer sa pensée facilement défaillante et distribue des segments d’images dans la

¹³ -opus cité, p236.

¹⁴ Opus cité, p236.

constitution de son environnement, comme pour ainsi leur conférer une sorte de présence.

A ce point-là, on peut estimer le rôle du mouvement dans le développement à la fois affectif et intellectuel de l'enfant. Wallon dans tout son œuvre insista énormément sur le rôle du mouvement et du développement moteur dans la prise de conscience du vécu corporel, comme élément fondamental de la conscience subjective et objective nécessaire au développement psychologique de l'enfant.

II-2 Le développement cognitif selon Piaget :

II-2.1 La théorie de Piaget :

Jean Piaget s'est intéressé aux étapes de la formation de l'intelligence de la naissance à l'adolescence, en ce centrant sur le sujet. Selon lui nos connaissances vont se construire de façon progressive, au cours d'une interaction permanente entre l'individu et l'environnement dans lequel il se développe. Pour Piaget, l'intelligence prend sa source dans l'action. Il défend un point de vue constructiviste et il va dégager la notion de stade, stades au travers desquels le développement est appréhendé comme une construction active.

Par rapport à la définition de stade, Piaget retient les 5 critères suivants qui ont été énoncés par Dolle dans son ouvrage : « Pour comprendre Jean Piaget » 1999¹⁵ :

- L'ordre de succession des acquisitions est invariant.

¹⁵ Dolle J. M. : Pour comprendre Jean Piaget, Paris, Dunod, 3^{ème} édition.

- Les stades ont un caractère intégratif : les structures construites à un niveau élémentaire font partie intégrante des structures du niveau suivant.

- Chaque stade doit se caractériser par une structure d'ensemble et comprendre un palier d'intégration.

- Chaque stade comporte à la fois de préparation d'une part et un niveau d'achèvement d'autre part.

Il faut distinguer dans tout stade les processus de formation ou de genèse et les formes d'équilibre final.

Il convient également de définir la notion de schème qui correspond au schème mental acquis dans la réalisation de toute action. Un schème est un niveau de développement qui correspond à la structure, à l'organisation d'une action qui est susceptible d'être appliquée à de nouveaux objets, à de nouvelles situations.

Le passage d'un stade à l'autre dépend du processus développemental essentiel et invariant :

1- L'assimilation : caractérise l'incorporation des éléments du milieu à la structure cognitive de l'individu.

2- L'accommodation : caractérise les modifications de la structure cognitive de l'individu en fonction des modifications du milieu.

3- L'adaptation : est un état d'équilibre entre l'assimilation et l'accommodation. C'est ce qui va permettre à l'individu d'acquérir les capacités indispensables pour gérer les nouveaux éléments de son apprentissage.

Ces systèmes stables définissent plusieurs paliers ou stades dans l'évolution génétique de l'enfant ; nous allons les illustrer dans ce qui suit.

II-2.2 Les stades du développement cognitif :

Piaget distingue 4 principaux stades auxquels il attribue un caractère universel.

II-2.2.1 Le stade sensori-moteur de la naissance à 2 ans :

Piaget subdivise cette période préverbale en 6 stades, le schème d'action y représente l'équivalent fonctionnel des opérations logiques, de pensée : « un schème d'action est ce qui transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante, autrement dit ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications de la même action ». ¹⁶

Ces schèmes d'action motrice représentent ainsi des unités comportementales élémentaires non liées directement aux objets, mais ces schèmes d'action permettent l'assimilation progressive de nouveaux objets en même temps que ces derniers, par accommodation provoquant l'apparition de nouveaux schèmes.

1) Stade de l'exercice reflexe de 0 à 1 mois :

Les réactions du bébé sont essentiellement liées aux tendances instinctives : « le reflexe, dit Piaget, est à concevoir comme une totalité organisée dont le propre est de conserver en fonctionnant. Ce sens du fonctionnement se fait pour lui-même (répétition), en incorporant des nouveaux objets qui lui sont favorables (assimilation

¹⁶ J. De Ajuriagerra, D. Marcelli : Abrégé de psychopathologie de l'enfant. Paris. Masson 1982, p13.

généralisatrice), et en discriminant les situations nécessaires à l'établissement de son activité ». ¹⁷

2) Stades des premières habitudes de 1 à 4 mois :

Les diverses réactions réflexes se répètent mais "assimilent" de nouveaux stimuli qui sont le point de départ de nouvelles conduites c'est la période de réaction circulaire primaire qui concerne le corps du bébé lui-même. Ex. schème de fixation du regard et poursuite oculaire.

3) Stade de réaction circulaire et schèmes secondaires 4 à 9 mois :

Les réactions circulaires qui concernaient essentiellement le corps s'appliquent maintenant à des objets.

Ces réactions circulaires secondaires se caractérisent par l'intentionnalité du bébé qui cherche par répétition comportementale à trouver les résultats de son action sur le milieu extérieur, Piaget dit que : « Les mouvements sont centrés sur un résultat produit dans un milieu extrême et l'action a pour seul but d'entretenir ce résultat ». ¹⁸

4) Stade de coordination des schèmes secondaires et leurs applications (9 à 12 mois) :

L'enfant commence à agir sur le milieu en mettant en œuvre des schèmes jusque-là relatifs à d'autres situations, le bébé est en outre capable de coordonner plusieurs schèmes en les hiérarchisant pour agir sur l'objet : « l'accommodation n'est pas encore une accommodation à l'objet comme tel, elle reste subordonnée au jeu de

¹⁷Tran-Thong : stades et concepts de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine, Paris. Librairie philosophique J. Vrin, 1992, p 27.28.

¹⁸ Opus cité. P 31.

l'assimilation, elle ne progresse qu'en fonction de la coordination des schèmes et non en fonction de l'objet ». ¹⁹

Cette période se caractérise par le début d'une décentration par rapport au moi qui pose problème pour la pathologie de l'épilepsie. L'objet acquérant progressivement une existence propre.

5) Stade de la réaction circulaire tertiaire et de la découverte des moyens nouveaux par expérimentation : (11-12 mois).

L'objet s'élabore, l'expérimentation se tourne vers la nouveauté. L'accommodation qui initialement est confondue avec l'assimilation se différencie progressivement, et devient, au présent sous stade prépondérante et commande l'assimilation.

Dans la construction du champ spatial, l'enfant acquière : « la notion du développement des objets les uns par rapport aux autres ». ²⁰

Il : « commence à prendre conscience de ses propres mouvements à titre de déplacement d'ensemble ». ²¹ L'espace devient ainsi pour l'enfant un milieu homogène, commun à toute sorte de déplacement.

6) Stade de l'invention des moyens nouveaux par combinaison mentale (18 mois – 2ans) :

Ce stade représente la transition entre l'intelligence sensori-motrice et l'intelligence représentative. Les inventions se font directement au niveau mental par combinaison des schèmes déjà constitués. C'est donc la : « "vitesse" de "l'activité assimilatrice

¹⁹ Opus cité, p 32.

²⁰ Opus cité, p 38.

²¹ Opus cité, p 39.

structurante qui explique que l'invention apparaît comme secondaire ».²²

L'accommodation passe à un niveau supérieur à celui du champ perceptif : elle devient représentative et introduit par conséquent l'intelligence représentative qui fait défaut chez l'enfant épileptique.

I-2.2.2 Le stade préparatoire :

Cette période marque l'accès progressive à l'intelligence représentative, chaque objet est représenté, c'est-à-dire qu'il correspond à une image mentale permettant d'évoquer cet objet en son absence.

L'enfant est amené à développer sa fonction symbolique (ou sémiotique) : le langage, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin, le jeu symbolique. Selon Piaget : « la représentation naît de l'union "signifiants" permettant d'évoquer des objets absents avec un jeu de signification les reliant aux éléments présents. Cette connexion spécifique entre des "signifiants" et des "signifiés" constitue le propre d'une fonction nouvelle appelée de façon très générale "la fonction symbolique" ».²³

Cette fonction symbolique se développe entre 3 et 7 ans. Cependant l'enfant n'est pas encore capable de se décentrer de son propre point de vue et ne peut construire ses propres perceptions en relation réciproque avec ses perceptions successive. Cela répond aux lois de la pensée égocentrique posée dans ce stade. Piaget dit : « sortir de son égocentrisme consiste donc pour le sujet...à décentrer et à

²² Opus cité, p 40.

²³ Opus cité, p 40.

dissocier le sujet et l'objet, à prendre conscience de ce qui subjectif en lui, à se situer parmi l'ensemble des perspectives possibles et par la même, à établir entre les choses, les personnes et son propre moi, un système de relations communes et réciproques ». En ce qui concerne le raisonnement, l'enfant est incapable de mettre des relations et de coordonner les points de vue, il se base sur des états, des configurations que l'on peut qualifier d'apparence perceptives statiques, et non pas sur des transformations. Ce qui démontre encore une fois, la fragilité du perceptif de l'enfant épileptique.

Cette caractéristique intuitive de la pensée de l'enfant se distingue en deux aspects : aspect figuratif lié aux images mentales et au perceptif et aspect opératif qui dérive des actions Piaget entrevoit deux sortes de régulations dans l'évolution de l'intuition.

- Celle des perceptions qui aboutit à construire des structures figurales exprimant des configurations, et celle des actions qui donnent naissance aux structures opératoires s'attachant aux transformations ». C'est là tout le problème de l'acquisition de la pensée opératoire chez l'épileptique. La fragilité du perceptif face à des configurations défailtantes n'offrent pas l'encrage suffisant au pensif pour son élaboration qui sera mesurée par les tests utilisés dans notre recherche.

I-2.2.3 Le stade des opérations concrètes :

Cette période marque un grand progrès dans la socialisation et l'objectivation de la pensée. L'enfant devient capable de décentration, il n'est plus limité à son seul point de vue, il peut coordonner plusieurs

points de vue et en tirer des conséquences. Il devient capable de se libérer des aspects successifs de ses perceptions pour distinguer à travers le “changeant” ce qui est invariant. La limite opératoire de cette période reste marquée par la nécessité du support concret : l’enfant ne peut pas encore raisonner à partir des seuls énoncés verbaux.

A partir des manipulations concrètes, l’enfant peut saisir à la fois les transformations et les invariants. Il accède à la notion de réversibilité et met en place les premiers groupements opératoires : Sériation, classification. La pensée procède par tâtonnements, par aller-retour (opération inverse et réciprocité) mettant ainsi en place les notions de conservation de substance (poids, volumes) puis de conservations spatiales et les conservations numériques.

En même temps, dans le champ social l’enfant prend conscience de sa propre pensée face à celle des autres, ce qui prélude à l’enrichissement des échanges sociaux, il accepte les points de vue des autres.

I-2.2.4 Le stade des opérations formelles :

A partir de 12 ans l’enfant commence à devenir capable de détacher son raisonnement des opérations concrètes pour l’appliquer directement sur des énoncés verbaux, pour proposer des hypothèses.

Piaget donne deux structures d’ensemble constituant ce stade :

Le réseau de la combinatoire, et le groupe des quatre transformations (INRC). Selon Piaget, le réseau est : « un système semi-ordonné d’inclusion tel que deux éléments quelconques du

« système aient toujours une borne supérieure c'est-à-dire le plus petit des éléments qui les comprennent tous les deux est une borne inférieure c'est-à-dire forme leur partie commune ». ²⁴

Le groupe INRC est un groupe de 4 transformations réunissant en un système unique les transformations par inversion ou négation et par réciprocité, qui restent séparées au niveau concret. Dans le groupe INRC, à chacune des opérations propositionnelles (I) ou opération identique, on peut associer son inverse ou sa négation (N), sa réciproque (R) et l'inverse de sa réciproque ou la corrélative (C). Le groupe INRC se construit en corrélation étroite avec le réseau combinatoire, donnant la pensée formelle des possibilités inédites et d'une importance exceptionnelle.

II-3 La dynamique de l'inter-influence motrice et cognitive :

Pour arriver à mettre un lien entre le développement moteur et le développement cognitif, il est primordial de distinguer un nombre d'axes, le premier axe serait de voir comment la motricité s'intègre au centre de tous les stades du développement cognitif, ensuite nous insisterons sur les modalités de passage de l'acte à la pensée et en dernier il serait nécessaire d'éclairer la particularité des liens entre les deux niveaux de développement.

II-3.1 La motricité et son rapport à l'épilepsie :

Pour Piaget, la motricité intervient à tous les niveaux dans le développement des fonctions cognitives, il suppose que : « de la perception aux schèmes sensorimoteurs, de ceux-ci à cette forme

²⁴ Opus cité, p 82.

d'imitation intériorisée qu'est l'image mentale des représentations préopératoires aux opérations elles-mêmes. Tous les mécanismes cognitifs reposent sur la motricité ».²⁵

Dans le premier stade qui est le stade sensorimoteur, la motricité joue un très grand rôle dans la constitution des groupes de déplacement, nécessaire à la de l'enfant de l'enfant, la rotation qui est un mouvement de pivoter sur soi-même pour atteindre des objets environnants.

De même que la translation (ex. : cache, un objet, l'enfant le trouve, puis change l'endroit de la première action, l'enfant retourne au même endroit où il a trouvé pour la première fois l'objet). La manipulation de l'action répétée permet la structuration à la fois de l'espace et de l'objet permanent.

Selon Piaget, la motricité constitue une condition nécessaire à la mise en place des groupes de déplacements mais : « n'en devient la condition suffisante que dans la mesure où la coordination des mouvements aboutit à la constitution de schèmes, c'est-à-dire d'unités d'action acquise pouvant s'appliquer à des situations multiples, se généraliser, s'intégrer dans de nouveaux éléments par assimilation, bref devenir instruments de compréhension pratique en même temps que d'action ».²⁶

Dans le deuxième stade (préopératoire de 2 à 7 ans), l'enfant est capable de représentation, mais tous ses raisonnements s'appuient sur des configurations et non pas sur des transformations comme telles,

²⁵ J. Piaget : **Motricité, perception et intelligence** ; in enfance, Tome 9, n°2, 1956. P 14.

²⁶ Opus cité : 12.

ces configurations se traduisent sous forme d'images et de représentations. Selon Piaget, ces images ne peuvent être mises en œuvre qu'à travers l'action matérielle, il dit que : « ainsi l'élément moteur intervient nécessairement dans l'image mentale. L'image mentale constitue vraisemblablement une sorte d'imitation intériorisée ». ²⁷

Dans le troisième stage qui est le stade opératoire 7 à 11 ans, Piaget considère l'opération comme une action : « Les structures opératoires de cette logique élémentaire sont des coordinations d'actions ». ²⁸

L'ordre corporel qui est un élément particulier de la pensée logique peut résumer selon Piaget la relation de la motricité à ce niveau-là, il dit : « ce qui, exprimé dans un langage pour être réfléchi, nous amène très directement à la motricité elle-même, parce qu'il y a de l'ordre "corporel" dans la motricité ». ²⁹

A ce point de vue, on voit que l'action motrice intervient dans différents niveaux du développement intellectuel et peut être source de décalage et de dérégulation de ce dernier.

II-3.2 Les niveaux de passage de l'action à l'opération :

Piaget mentionne trois niveaux du passage de la pensée basée sur l'acte moteur à la pensée opératoire qui ne nécessite pas de rapport direct et irréductible de l'acte moteur dans la réalisation de raisonnement. Ces trois niveaux sont :

²⁷ Opus cité : p 13.

²⁸ Opus cité : p 13.

²⁹ Opus cité : p 13.

- Le niveau sensorimoteur où l'action a un rapport direct sur la réalité, l'enfant à ce moment n'a pas acquis encore la représentation interne du monde réel.

- Le niveau des opérations concrètes dès l'âge de 7-8 ans : « qui portent également sur des transformations du réel, mais par des actions intériorisées et groupées en systèmes cohérents et réversibles ».³⁰

- Un niveau intermédiaire entre les deux âges de 2-5 à 6-7 ans : « un niveau qui n'est pas une simple transition, car il est assurément en progrès sur l'action immédiate. La fonction sémiotique pour être intériorisée »³¹, doit dépasser de sérieux obstacles :

○ Le premier obstacle à l'opération : « est donc la nécessité de construire sur ce plan nouveau qui est celui de la représentation, ce qui était déjà acquis dès l'ordre de l'action »³², Piaget insiste sur le fait que les enfants à cet âge de 1½, 2 ans n'arrivent pas à constituer par exemple les relations topographiques qu'ils utilisent sans cesse en action. Leurs souvenirs sont en quelque sorte moteurs et n'aboutissent qu'à une reconstitution immédiate simultanée de l'ensemble.

○ Le second obstacle mentionné par Piaget concerne le processus de décentration par rapport à l'action et à les représentations, il dit : « Le passage d'un état initial où tout est "centré" sur le corps et l'action à un nouvel état de décentration dans

³⁰ J. Piaget, B. Inhelder : La psychologie de l'enfant, Paris, PUF, 14^e édition 1992, p 73.

³¹ Opus cité : p 74.

³² Opus cité : p 74.

lequel ceux-ci sont situés en leurs relations objectives par rapport à l'ensemble des objets et des évènements répétés dans l'univers. Or cette décentration, déjà laborieuse sur le "plan de l'action" et seront plus difficiles encore sur celui de la représentation ». ³³

○ En troisième lieu, dès que le langage et la fonction sémiotiques permettent non seulement l'évocation mais encore et surtout la communication, l'univers de la représentation n'est plus formé exclusivement d'objets mais également et saisi par le sujet (Piaget) : « En d'autres termes, la décentration nécessaire pour aboutir à la constitution des opérations ne portera plus simplement sur un univers physique...mais aussi et de façon indissociable sur un univers interindividuel ou social ». ³⁴

○ En fin de compte, on voit que l'action de l'échange accompagne le développement cognitif et surtout de la représentation, elle est (l'action), le siège qui permet l'ancrage de la représentation, elle joue aussi un grand rôle dans l'activité qui permet à l'enfant de se décentrer à la fois sur le plan l'action et de la représentation pour arriver à construire une structure pensive, qui réagit suivant des lois imposées par l'échange social.

II-3.3 Les praxies et leur ancrage dans la pensée :

On peut faire la distinction exacte entre les différentes modalités d'exercice du mouvement de la praxie et de la pensée. Elle constitue l'aspect constructif des réactions raisonnantes sur l'enfant, mais par contre leurs études nous permettent d'entrevoir leur potentialité,

³³ Opus cité : p 74.

³⁴ Opus cité : p 75.

d'action sur l'étude de développement mentales qu'il soit normale, ou pathologique. Wallon (1949) aborde la question en termes de facteur sensorimoteur, il insiste sur la synthèse inter-fonctionnelle des aspects kinesthésiques moteurs et visuels impliqués dans la perception et la représentation. A la naissance de l'enfant, il n'y a pas de connexion entre l'œil et la main. A 3 ou 4 mois, la main est perçue puis guidée : vers l'objet. La première préhension accompagnée par le geste est une action très simple, mais elle représente la première connexion entre le corps et l'espace objectif. Le dessin aussi implique la coordination œil-main. Pour que l'enfant puisse réaliser un dessin, il faut qu'il soit capable de coordonner ses deux mains sur le plan moteur. Le premier signe d'une organisation bi-manuelle apparaît vers l'âge de deux ans, mais alors que seule la décharge motrice est mise en cause. L'enfant ne prête pas attention à ce qu'il produit, et l'activité n'est provoquée et contrôlée dans sa totalité que par des effets kinesthésiques. Ainsi le gribouillage est au départ une activité fonctionnelle très simple mais très vite l'enfant s'intéresse aux mouvements des signes tracés. Il se met à répéter le mouvement indéfiniment ; le geste devient donc une forme d'activité restitutive, le contrôle visuel intervient pour guider l'activité de la main mais pas encore pour reproduire ce que l'enfant voit autour de lui.

A ce stade, il s'occupe tout simplement de créer des motifs d'ornement, puis des cercles, et des angles droits. Mais les schèmes visuo-moteurs seront posés et se développeront ultérieurement en tant que tels dans leurs actions réciproques futures.

Dans son étude du développement du dessin chez l'enfant, Luquet 1927,³⁵ montre que vers 8-9 ans, l'enfant a des intentions essentiellement réalistes, mais il commence par dessiner ce qu'il connaît d'une personne ou d'un objet bien avant de pouvoir exprimer visuellement ce qu'il voit. Le réalisme dans le dessin passe par plusieurs phases. Par "réalisme fortuit", Luquet indique un gribouillage, ensuite c'est la phase du réalisme manqué, caractérisé par l'incapacité de faire une synthèse. Ensuite vient la période vitale du réalisme intellectuel dans laquelle le dessin a vaincu toutes les difficultés précédentes, mais là où celle-ci apportera les qualités conceptuelles du modèle. C'est seulement vers 8-9 ans que le réalisme visuel succède au réalisme intellectuel. A ce stade le dessin montre que ce qui est visible. Pour Piaget et Inhelder, le travail de Luquet est là d'un double intérêt. Cette étape constitue une excellente introduction à l'étude de l'image mentale qui se conforme davantage aux lois constitutives des concepts ainsi que celles constitutives de la perception. Piaget distingue deux grands principes dans le développement de l'enfant avant et après l'apparition de la fonction symbolique, qui a lieu vers 18 mois. Les symboles et les signes, une fois séparés de leur signifié, nous permettent d'évoquer des objets ou des situations qui ne sont pas réellement perçus, et cela constitue le début de la représentation. Cette période commence avec le jeu symbolique et l'imitation différée et marque en outre le début du

³⁵ G. H. Luquet : Le dessin enfantin, Delachaux et Niestlé, 1991.

langage. Les actions peuvent s'élaborer dans la pensée (déjà cité dans le précédent passage) et deviennent de plus en plus intériorisées.

La pensée représentative a deux aspects distincts, l'un figuratif et l'autre opératif. La distinction est particulièrement intéressante car elle nous permet selon Ajuriagerra d'étudier de plus près la nature des praxies. « L'aspect figuratif comprend tout ce qui est en rapport avec les configurations statiques en tant que telles et qui se distinguent des transformations, c'est une particularité de ces configurations qui, du point de vue du sujet, apparaissent comme des copies de la chose réelle. Piaget distingue trois grandes sortes de conscience figuratives. La perception, l'imitation et l'image mentale, dans ce cas nous pouvons distinguer 2 caractéristiques essentielles, celles des praxies concernant les aspects figuratifs et qui sont en rapport avec les opérations elles-mêmes.

La représentation de l'espace dans son aspect figuratif a été explorée par Piaget et Inhelder en (1948). D'après eux, l'espace est d'abord purement topologique, l'enfant construit puis utilise uniquement les relations de proximité, de séparation d'être et de fermeture, dès la petite enfance et ainsi que jusqu'au début de la 5^{ème} année, que les relations de proximité et de fermeture se précisent. L'appréhension de l'espace projectif (coordination des différents points de vue dans le plan spatial non en rapport à l'objet, mais en rapport à l'environnement) et euclidien (la coordination entre les objets entre eux par rapport à un axe de coordonnées stables) se développent ce fait beaucoup plus tard. Les liens topologiques

entre les éléments d'une même figure sont construits pas à pas. Les objets et leurs figurations ne sont pas encore reliés entre eux et en ce qui concerne la représentation, il n'y a pas des espaces localisés. Avec l'espace géométrique (projectif et euclidien), apparaît la possibilité d'établir des relations entre les différentes configurations ainsi que de construire des configurations plus complexes comprenant des lignes droites, des angles et des courbes.

Ce résumé a pour but de montrer que l'aspect opératif de la représentation commence à prendre de l'importance vers l'âge de 7 ans.

A partir de ce moment l'activité de l'enfant lui permet d'établir un nombre croissant de relations d'ordre général, de sorte que ses perceptions sont organisées dans une structure stable de l'espace, indépendante des configurations transitoires (Ajuriagerra).³⁶

Cette distinction entre l'espace opératif et l'espace figuratif de la pensée représentative nous aide à comprendre le développement des praxies et à situer l'importance des praxies chez l'enfant épileptique.

³⁶ J. De Ajuriagerra, M. Stambak : **Dyspraxie de développement et troubles psychomoteurs**, in F. Joly, G.Labes : Julian de Ajuriagerra et la naissance de la psychomotricité, v2, éd PAPHYRUS, 2009, p261.

Introduction :

La psychomotricité est trop souvent confondue avec la motricité, considérée d'un point de vue statique comme le fonctionnement de systèmes neurologiques complexe et superposés continuellement.

On peut opposer les physiologique au psychologique si on donne des valeurs de constance fixistes soit à l'organisme et à ses structures soit au milieu. L'objectif et le subjectif de l'action qui se déroule ne sont pas des réalités séparées. L'action est vécue dans un déroulement vers un but. Le déroulement de l'acte implique un fonctionnement psychologique, mais comme le dit Ajuriagerra : « l'acte n'est pas qu'une addition de contractions musculaires, il est aussi appétence et prise de contact, domination ou destruction. L'action ne se présente pas comme l'activité d'un esprit désincarné mais comme un déroulement avec ses antinomies internes ».

Le vécu et la forme que prennent le corps et les structures cérébrales ne sont pas différentes dans leur existence, ils font partie d'un même tout qui forme la vie de l'être humain. La valeur même de l'existence de l'organisation psychomotrice persiste dans ses ossatures dans lesquelles prendront racine les structures de la personnalité future de l'individu.

III-1 L'organisation psychomotrice :

Selon Ajuriagerra l'organisation de l'activité motrice passe par plusieurs étapes :

1- Une première organisation tonique et proprioceptive du système moteur et la disparition des réflexes.

2- Une organisation motrice dans laquelle l'intégration sériée laisse place à l'intégration simultanée, « il y a ici la construction de base du développement à venir sous la forme d'une plasticité croissante dans le fonctionnement des structures anatomiques, et l'émergence d'une dimension cognitive et sociale qui par la suite s'élargira progressivement ».³⁷

3- Un processus dans lequel ce qui est appris devient machinal longtemps les mouvements gardent certains signes d'immaturité et ne parviennent que tardivement à maturité complète.

Ainsi le développement passe de l'activité automatique ou réflexe à l'activité machinale qui n'a pas la même signification et qui représente une forme d'activité économique, Ajuriaguerra dit : « Nous ne pouvons donc considérer l'activité motrice comme une simple forme d'organisation résultant de la maturation dans le temps, ni comme le produit de la combinaison élémentaire de fonctions, mais nous devons plutôt la considérer comme la représentation des formes successives prises dans leurs configurations fonctionnelles ».³⁸

L'activité motrice ne peut pas non plus être envisagée comme une manipulation d'objets, au contraire, elle ouvre la voie à

³⁷ Opus cité : p 254.

³⁸ Opus cité : p 255.

l'exploration, contribue au développement des réactions d'orientation en tant que geste elle représente une forme d'expression qui signe le lien étroit entre avec les forme d'orientation spatio-temporelle.

Le tonus musculaire et le mouvement contribue à l'organisation progressive du savoir. Il contient les germes des réactions émotionnelles et de l'affectivité. Comme le dit Piaget, dans un passage qu'on a cité précédemment, l'activité motrice est impliquée à tous les niveaux dans le développement des fonctions cognitives : « de la perception aux schèmes sensorimoteurs, de ces schèmes à l'imitation intériorisée qui se forme l'image mentale, des représentations préopératoires aux opérations elles-mêmes, tous les mécanismes cognitifs se construisent par l'activité motrice ». ³⁹

Wallon (1949-1956) décrit plusieurs stades de développement bien que ceux-ci ne s'excluent pas de façon réciproque, chacun à son unité propre et des signes caractéristiques qui jouent un rôle à chaque stade. Pendant plusieurs mois de la vie, l'agitation manifestée exprime soit un bien-être soit une gêne, établissant ainsi les premières relations affectives et émotionnelles de l'enfant avec son entourage. Quelques mois plus tard, après ce stage émotionnel, l'enfant entre dans le stade sensorimoteur, caractérisé par l'entreprise d'une activité dirigée vers le monde extérieur. Durant cette période, l'activité motrice est en liaison étroite avec ses prolongements sensoriels et facilite ainsi le développement d'une perception de plus en plus discriminative des objets externes vers l'âge de 2 ans, le stade projectif commence. A ce

³⁹ J. Piaget : **Motricité, perception et intelligence** ; in enfance, Tome 9, n°2, 1956. P 13-14.

moment, l'enfant franchit une étape cruciale et son mouvement s'associe de plus en plus à des représentations mentales donnant : « le moyen d'imprégner la conscience qui est encore largement dominée par les impressions immédiates ».⁴⁰

D'après Ajuriaguerra, l'action n'est pas seulement une forme d'activité motrice. D'un point de vue structural, elle présente un processus sensorimoteur circulatoire, et d'un point de vue pratique, elle exprime une activité dirigée vers un point défini de l'espace dont l'orientation est en rapport avec le corps même du sujet. Le corps devient le point de référence et le moyen par lequel l'orientation dans l'espace peut se faire. L'ébauche de cet "espace extérieur" est déjà manifeste dans la simple l'activité motrice qui comme le montre Grünbaum (cité par Ajuriaguerra) : « a le pouvoir élémentaire d'indiquer une direction » et qui est la base de toutes les orientations représentatives de la notion d'espace.

Traditionnellement, l'activité motrice a deux aspects, l'un dirigé vers le monde extérieur, concernant le mouvement lui-même, l'autre caractérisé par la présence d'un certain degré de tension dans les muscles qui deviennent la base de la posture et de la gestuelle, c'est-à-dire de la tonicité. Wallon bien qu'il n'ignore en rien l'importance de l'aspect mouvement de l'activité motrice, accorde un grand rôle à l'élément tonique dans la structuration de la personnalité, « A la transformation de la tonicité et de la posture » dit-il, « Nous devons

² J. De Ajuriaguerra, M. Stambak : Dyspraxie de développement et troubles psychomoteurs, in F. Joly, G. Labes : de Ajuriaguerra et naissance de la psychomotricité, V2, éd. du Papyrus, 2009. p 261.

ajouter des changements au niveau de la sensibilité émotionnelle ». « Entre ces deux aspects, il existe un lien de réciprocité immédiat ».

D'un autre point de vue, Piaget insiste sur l'importance cruciale des aspects sensorimoteurs dans le développement des fonctions mentales.

Nous pouvons remarquer les différences de point de vue de Piaget et Wallon sur l'importance de la posture dans le développement de la représentation, mais d'après Wallon, cela n'est pertinent que pour l'aspect représentationnel de la pensée, alors que l'aspect opératif constitue selon Piaget l'élément essentiel de la mesure de l'intelligence à la différence de l'aspect de la représentation symbolique impliquant la continuité de l'activité même en tant que telle. Du point de vue de l'organisation, et de l'intégration à la base se trouvent les schèmes, Piaget affirme de façon spécifique que dans chaque action la force motrice est de nature affective alors que la structure motrice est de nature cognitive. Intégrer un objet dans un schème signifie donc, pour Piaget, à la fois se représenter et satisfaire un besoin, et donner à l'action une structure cognitive.

Wallon et Piaget sont d'accord sur le rôle de l'imitation dans l'organisation fonctionnelle.

Wallon se consacre à l'étude approfondie des relations précoces présentes dans les systèmes d'organisation du Moi, et des étapes successives évolutives des relations. La nature des relations est examinée dans ses aspects cognitifs en rapport au vécu réel formateur de la sociabilité et de la personnalité, en étroite interaction.

La nature affective de la relation tonico-émotionnelle énoncée par Wallon, se trouve selon Ajuriaguerra dans la notion de “symbiose affective” : « qui succède à la symbiose physiologique originelle entre la mère et l’enfant, et génère un comportement qui ne consiste plus seulement en pleurs causés par le besoin physique de l’enfant, mais en sourire et signe de consentement qui représente une forme précoce du lien purement affectif entre l’enfant et celui qui répond spontanément à ses gestes ». ⁴¹

Le processus d’imitation se développe à partir de ce type de différenciation et de participation émotionnelle. Selon toujours Ajuriaguerra, l’imitation a deux aspects apparemment opposés :

1/ la fusion : ou perte de soi dans la chose, ou participation à l’objet.

2/ l’isolement : de l’acte et la répétition du modèle.

L’affirmation à proprement parler du Moi se développe à partir de la présence de la différenciation entre la conscience de soi et la conscience de l’autre. Wallon est d’accord sur le fait que l’imitation de l’autre, s’édifie à juste titre comme prolongement d’“imprégnation posturale”, alors que l’aspect tonique reflète l’expérience du corps. Inversement, le corps reflète l’aspect concret des manifestations. La préoccupation constante de Wallon est de démontrer, pour le développement à venir de l’enfant, l’importance de cette fusion affective précoce ; qui trouve son expression motrice l’interaction

⁴¹ J. de Ajuriaguerra, M. Stambak : opus cité p. 257.

anticipant l'interaction verbale à venir, appelé par Ajuriaguerra "le dialogue tonique".

III-2. Le champ spatial et le schéma corporel :

Durant les premiers mois, la capacité motrice est extrêmement limitée par l'hypertonie et l'immaturation qui empêchent la différenciation des mouvements. Le développement de l'activité motrice est associé à la maturation, à la disparition des réflexes archaïques et à l'apparition des mouvements des muscles extenseurs de la main, de l'opposition de pouce et de la rotation du poignet. Ajuriaguerra déclare que : « ces aspects de la maturation restent longtemps d'une importance capitale, la force, la vitesse et la précision, qui dépendent de développement de l'organisation, le contrôle du mouvement, l'amélioration de la synchronisation et la capacité d'inhibition des syncinésies ». ⁴² À ce moment crucial, du développement de l'organisation psychomotrice intervient ou survient le champ spatial qui est selon le même auteur : « désorganisé puis organisé, enfin représente ». ⁴³ Quand l'enfant fait ses premiers mouvements, il évolue de façon réflexe dans le champ qui lui est donné et dans les limites imposées par sa liberté même de mouvement, il ne peut créer son espace que dans la mesure où il peut changer de position par rapport aux objets : « Son corps en tant que point de référence et sa capacité visuelle lui permettent d'avoir accès au champ visuel de l'action (l'espace latéral) » ⁴⁴, selon Ajuriaguerra, la motricité

⁴² Opus cité : p 258.

⁴³ Opus cité : p 258.

⁴⁴ Opus cité : p 258.

et la manipulation permettent à ce moment du développement à l'enfant, d'explorer au-delà de ce champ, de découvrir l'espace circulaire. Le corps n'existe comme point de référence que si ce sujet en a pris possession. Le schéma corporel, le point même de référence : « n'est pas une donnée en soi, mais le résultat de l'expérience, édifié grâce à l'exploration et à l'imitation ». ⁴⁵

Selon Ajuriaguerra, l'action dans l'espace est une chose et la représentation spatiale et l'espace représentationnel par ses potentialités d'exploration, une autre chose. Au cours du développement, il est difficile de séparer la conscience du corps de la conscience de l'action : « Entre la réalisation d'une action complexe et la représentation de cette action complexe, il y a une période de transition qui passe de l'étape de l'imitation simple et passe à l'étape opératoire. Ainsi nous pouvons voir qu'à partir du tonus musculaire, l'activité motrice se développe en se soutenant grâce à l'exploration et grâce à son orientation, dans lesquels le corps du sujet, le corps des autres et les objets sont tous impliqués, fortement investis et plus tard plus ou moins désinvestis ». ⁴⁶

Selon Ajuriaguerra et Hecaen, la conception de l'espace et la conscience du corps ne sont pas séparés l'une de l'autre, elles sont solidaires. Elles représentent des potentialités d'action et un moyen de connaître le nombre car le processus dynamique qui est le corps agissant, n'est possible que dans l'espace et, dans une certaine limite, l'espace n'a pas de sens que par son corps agissant.

⁴⁵ Opus cité : p 258.

⁴⁶-opus cité, p259.

A ce titre-là, il nous paraît bien clair que le corps que joue l'organisation de l'espace et sa structuration dans le vécu du schéma corporel, elle alimente la conscience que reconstruit l'enfant au sujet de son propre corps.

III-3 Les troubles psychomoteurs :

On a insisté toujours sur la multiplicité des facteurs qui contribuent au développement psychomoteur, manifestations tonique et motrice, développement émotionnel de l'orientation du geste et du langage. Tous ces éléments se nouent pour former la charpente psychomotrice. Mais Ajuriaguerra insiste sur le fait que : « il est évident que nous ne considérons pas comme désordres psychomoteurs les troubles de ces différentes manifestations, mais seulement celles qui s'expriment par une "formule motrice" existante ou génétiquement compréhensible ».⁴⁷

Ajuriaguerra continue son exposé et nous donne quelques caractères généraux des troubles psychomoteurs.

1- « Les syndromes psychomoteurs ne répondent pas à une lésion ou foyer donnant les syndromes neurologiques classiques.

2- Ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis, plus ou moins occasionnés.

3- Liés aux effets, mais attachés au soma par son affluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglement d'un système défini.

⁴⁷ J. de Ajuriaguerra, G. Bonvalot Soubrian : Indication et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile, in : F. Joly, G. Labes : opus cité volume 1, p 64.

4- Persistants ou habiles dans leur forme, mais variables dans leur expressions, ils restent chez un même individu intimement liés aux afférences et aux situations.

5- Ils ont souvent un caractère expressif, caricatural et gardent des caractères primitifs puisque modifiés par l'exploration ultérieure qui les reproche de phases primitives de contact ou de répulsion, de passivité ou d'agression, parfois ils n'ont plus la forme du mouvement primaire mais seulement la valeur d'un symbole.

Les troubles psychomoteurs, conclut-il, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente, et la vie organique plus ou moins jouée ». ⁴⁸

Derrière l'appréhension de ses troubles psychomoteurs sont visées des difficultés certes de la sphère et des fonctions psychomotrices, mais plus essentiellement des troubles développementaux en tant qu'interrelationnels de l'exercice de ces fonctions, de la motricité entendue « dans la relation à l'autre ».

Nous exposons maintenant les grandes entités psychomotrices ou s'inscrit habituellement les désordres corporels accompagnants l'épilepsie de l'enfant, et il se présente dans les entités morbides suivantes :

⁴⁸ Opus cité : p 65.

III-4 Les entités psychomotrices morbides :

III-4.1 Les tics :

D'après R. Cruchet (cité par Ajuriaguerra), : « les tics consistent en l'exécution soudaine et impérieuse, involontaire et absurde, répétée à intervalles irréguliers mais rapprochés, de mouvements simples isolés ou d'ensembles complexes qui représentent objectivement un acte inadapté à un but déterminé ». ⁴⁹

Les localisations et les formes de tics sont multiples, on relève entre autres :

* Tics de la face : ce sont probablement les plus communs, ils peuvent apparaître au cours de tous les actes fonctionnels dans lesquels intervient la musculature faciale.

* Tics de la tête et du cou : Hochement, salutation, affirmation.

* Tics du tronc et des membres : Tics des épaules, des bras, des mains.

* Tics respiratoires : les sujets affligés de ces tics reniflent, reniflent,...

* Tics phonatoires et verbaux : Proches des précédents mais accompagnés d'émission de bruits divers.

* Tics digestifs : Tics de déglutition avec aérophagie, éructant en salives, faux besoin d'aller à la selle.

III-4.2 La débilité motrice :

⁴⁹ J. de Ajuriaguerra : l'organisation psychomotrice et ses troubles, in : G. Labes, F. Joly : opus cité, vol 2p : 325.

Dupré en 1907, décrit une entité particulière qu'il intitule "débilité motrice", voici ce que dit E. Dupré en 1911 : « dans une série de travaux j'ai décrit selon le nom de débilité motrice ; un état pathologique, congénital de la motilité, souvent héréditaire et familiale caractérisée par l'exagération des réflexes tendineux, une perturbation du réflexe plantaire, des syncinésies, une maladresse des mouvements volontaires intentionnels aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire. J'ai proposé, pour distinguer ces derniers troubles le terme de paratonie ». ⁵⁰

III-4.3 L'instabilité psychomotrice :

Plusieurs auteurs ont décrit chez des enfants nommés d'instables, une agitation intellectuelle et physique extrême, un déséquilibre affectif, un excès d'expressions des émotions, une ambivalence des réactions, un manque d'inhibition et d'attention.

Ajuriaguerra isole deux formes extrêmes du syndrome d'instabilité :

* Une forme avec troubles moteur prévalent, forme qu'il nomme "subchoréique", les troubles de l'affectivité paraissant moins importants.

* une forme caractérielle avec arriération affective et des modifications de la motricité expressive.

Il explique ces deux formes en soulignant que : « Nous considérons que l'instabilité subchoréique est un mode d'être moteur, d'apparition précoce répondra à une absence d'inhibition d'une

⁵⁰ Opus cité : p 349.

hyperactivité qui d'ordinaire disparaît avec l'âge. La forme d'instabilité affectivo-caractérielle est d'avantage en relation avec la situation du milieu dans lequel ces enfants vivent ».⁵¹

III-4.4 L'inhibition psychomotrice :

Le ralentissement psychomoteur est le caractère général de ce trouble, Jean Bergès analyse ce trouble sous deux aspects :

* L'inhibition par hyper-contrôle : se caractérise par la mise en jeu dans toute attitude ou tout mouvement d'un état tensionnel considérable : « c'est cette gangue tonique qui vient marquer cliniquement la paratonie de fond et la paratonie d'action, aussi bien au niveau des membres qu'au niveau de l'axe du corps. L'élan s'embourbe dans la paratonie généralisée qu'il ne fait qu'exacerber le mouvement se résume à une ébauche assez massive et schématique. Il est enrayé, freiné »⁵², nous rappelons que se situe ici même, l'expressivité clinique caractéristique de notre cas, et que nous y reviendrons ultérieurement dans notre recherche.

* L'inhibition par suspens de l'initiative : apparaît dans un contexte psychomoteur différent : « c'est dans le déclenchement et non dans le déroulement du geste que l'inhibition va se marquer. Ici la paratonie est absente, il n'y a pas d'état tensionnel, l'hypotonie est même assez fréquente, la présence d'autrui et en particulier de l'examineur a plutôt tendance à lever l'inhibition ».⁵³

⁵¹ Opus cité, p 361.

⁵² Jean Bergès : **Les troubles psychomoteurs chez l'enfant**, in : S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé : **nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, V2, Paris PUF 2004, p 1579.

⁵³ Opus cité, p 1577.

III-4.5 Aspects cliniques des désorganisations praxiques :

Selon Ajuriaguerra, il n'y a pas une apraxie de l'enfant, mais plusieurs types différents de désorganisations praxiques qui sont les suivantes :

* L'apraxie de la compétence motrice : sans trouble du schème corporel, elle est très fréquente chez les enfants et s'associe souvent à un déficit moteur neurologique, qu'il soit véritable ou dû à un retard de l'organisation motrice. Elle se manifeste par une incoordination ou par une absence des activités habituelles ou des praxies. Les gestes sont lents et maladroits et souvent peu adaptés du point de vue de l'organisation intentionnelle.

* L'apraxie constructive : peut se présenter apparemment de façon indépendante, elle s'associe souvent à une latéralité mal définie accompagnée d'agnosie digitale, en général sans autopoagnosie et sans désorganisation gestuelle mais ces enfants peuvent avoir des difficultés à imiter les gestes.

* Les formes de plantopokinésie ou dyskinésie spatiale : dans lesquelles organisation, observe une désorganisation des mouvements et du schéma corporel, sont moins fréquentes. De simples séquences de mouvements qui devraient réalisées dans un plan spatial ordonné et complexe sont désorganisées. Ces formes s'accompagnent de difficultés à établir des relations de blocage ou de résistance dans l'accomplissement de l'action. Il existe aussi des troubles de praxie d'habitude (lacer les chaussures,...), les difficultés en dessin et en construction sont importants, les difficultés du schéma corporel se

traduisent par une difficulté à indiquer les parties du corps, parfois même à les nommer.

* Les praxies spécialisées : elles touchent selon Ajuriaguerra à la fois une partie du corps et un aspect particulier du mouvement :

- Apraxie faciale : Certains d'entre eux consistent en une dissociation automatico-volontaire des mouvements faciaux et se caractérisent par un mouvement volontaire inadapté quand on demande au sujet d'exécuter une mimique. La désorganisation des mouvements faciaux s'associe à une représentation spatiale perturbée

- Apraxie oculaire : Wallon et Denjean⁵⁴ décrivent cette variété dans un cas où l'enfant est incapable de suivre du regard des doigts qui passe latéralement devant ses yeux. Son regard abandonne les doigts et va se poser sur le visage ou sur le front de l'examineur ou alors les yeux ne suivront pas la bonne direction.

- Apraxie posturale : Wallon et Denjean sous cette appellation décrivent un type de troubles qui concerne la posture dans son ensemble où les combinaisons de postures ne peuvent pas être adaptées sans être désorganisées et dissociées, comme si la localisation dans le schéma corporel restait confuse et indifférenciée. Il semble alors que la médiation entre la représentation de l'acte et son expression motrice soit inadaptée.

- Apraxie objective : Wallon et Denjean décrivent en fait deux phénomènes l'un concernant l'apraxie d'habillage, l'autre concernant une perturbation dans le mouvement qui est réalisé suivant des

⁵⁴ H. Wallon, G. Denjean : Sur quelques signes d'apraxie chez des enfants inadaptés, in Ann. Médico-psychologique, 1958 n°11, p 1-14.

instructions non conforme à un objet extérieur, comme par exemple, se mettre à genoux sur une chaise.

- Apraxie verbale : Les deux mêmes auteurs décrivent dans cette variété, un genre particulier de difficultés verbo-motrice qui ne met pas en cause une difficulté de compréhension, mais une discordance entre l'action et les instructions données pour sa réalisation. Dans ce cas, l'action peut être réalisée correctement si les instructions sont renouvelées.

Introduction :

L'épilepsie est un syndrome électro-clinique caractérisé par la répétition des crises épileptiques, phénomène paroxystique repérés cliniquement sur les tracées électro-encéphalographiques. Il ne faut donc pas assimiler la survenue d'une crise convulsive à l'épilepsie. En clinique, lorsqu'un trouble paroxystique survient chez un enfant, il s'agit de savoir si c'est un phénomène occasionnel, sans lendemain, ou d'une manifestation dont on doit craindre les récurrences.

Les crises traduisent un dysfonctionnement du système nerveux central ; elles perturbent le vécu de façon profonde même si cette perturbation peut être transitoire, on doit apprécier la place que prennent ces phénomènes dans le fonctionnement psychique et somatique. Ce fonctionnement est global. Il existe bien des sortes de manifestations cliniques, électriques et évolutives, il n'existe pas une épilepsie mais des épilepsies. Le clinicien peut cependant repérer, en s'appuyant sur un certain nombre d'indices, des syndromes correspondant à des éléments de pronostics. Il importe de distinguer des formes bénignes et des formes sévères. Dans notre exposé suivant, nous nous intéresserons plus aux répercussions psychiques de cette anomalie, le dysfonctionnement épileptique et sa répétition doivent être situés dans un ensemble biopsychosocial interactif. Il n'y a pas de cause psychique opposée à des causes somatiques, même si cliniquement dans certain cas, le poids des facteurs psychiques ou organiques semble prédominer. Il existe toujours des causes multiples un pluri-déterminisme dans lequel le hasard a sa place.

IV-1 Les désordres psychiques :

Plusieurs désordres psychiques peuvent accompagner l'épilepsie, la précéder ou la succéder. Par contre l'épilepsie n'est qu'un facteur élémentaire permettant de structurer ces désordres ou de constituer un facteur déclenchant, nous parlerons dans ce passage des grandes entités morbides de l'enfance et qui ont beaucoup de relations avec l'épilepsie.

IV-1.1 L'efficience intellectuelle :

Plusieurs études constatent que la répartition des niveaux intellectuels appréciés globalement en quotient intellectuel (QI) chez les épileptiques, ne diffèrent guère de celle qu'on peut obtenir dans la population générale (Beauchesne H., 1978).⁵⁵

Plus l'épilepsie apparaît précocement, plus il y a de possibilités qu'il y ait une déficience. Le QI paraît plus volontiers abaissé dans les formes symptomatiques que dans les formes idiopathiques.

En revanche, il n'y a pas de corrélation entre la fréquence des crises et la déficience. Les états de mal comportent des risques pour des raisons évidentes, il existe un rôle incontestable des associations médicamenteuses dans les déficits.

L'existence d'une intelligence normale peut s'accompagner de particularités de fonctionnement mental non retrouvé dans une évaluation globale et statique. F. Minkowska et Z. Helman (cité par H. Beauchesne) ont souligné l'importance de la "vision en image" : « L'épileptique comme le sensoriel normal vit dans le

⁵⁵ H. Beauchesne, G. Broussaud : **l'épilepsie chez l'enfant**, in : Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé : **Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, V2, Paris PUF 2004, p 741.

concret et voit le monde en mouvement et en image (...). La richesse de la vision en image chez l'épileptique contraste avec la pauvreté des images chez le schizophrène... »⁵⁶ pour Beauchesne qui a essayé de faire le rapprochement entre le sens de la vision en image et le sens de la crise rapporte que : « la crise, dépourvue de sens à l'origine est renvoyée à l'épileptique par une image de ce qui a été vécu concrètement, de ce qui s'est passé sans que cette image corresponde à ses propres représentations (...) la façon de se relier à des images, à un concret, peut être comprise comme une défense permettant d'éviter des stimulations susceptibles de déclencher des crises ».⁵⁷

La bradypsychie a aussi été décrite comme une particularité du fonctionnement, elle a été qualifiée de viscosité par F. M. Minkowska, il s'agit d'une lenteur intellectuelle et motrice avec manque d'initiative. Le comportement est rigide avec présentation de attitudes du moment, incapacité de se détacher du concret, méticulosité. De ce trouble, résulte un manque essentiel d'adaptation des circonstances continuellement mouvantes d'une vie normale. La bradypsychie apparait selon H. Beauchesne, essentiellement comme une modalité défensive de l'enfant placé au monde extérieur. On l'observe chez le jeune enfant dans sa relation particulière avec sa mère et ses proches comme défense permettant la mise à l'abri du monde, elle apparait parfois à la fin de l'enfance lorsque la vie sociale s'impose au jeune enfant épileptique, elle semble une tentative de sa part pour se

⁵⁶ Opus cité : p 742.

⁵⁷ Opus cité : p 742.

protéger du monde et de se mettre à distance des sollicitations incessantes.

IV-1.2 Les psychoses :

La compréhension dynamique des troubles des fonctions intellectuels renvoyée à la part psychotique de la personnalité, (H. Beauchesne).

Sur le plan psychiatrique, un grand nombre de tableaux observés correspond à des psychoses à expression déficitaire, la place des crises épileptiques au cours de ces psychoses est variable, avec une fréquence souvent peu importante. Au début de l'évolution, on peut leur attribuer un rôle destructurant (Beauchesne).⁵⁸ Au cours de l'évolution, R. Soulayro a montré comment elles pouvaient survenir à un moment significatif souvent positif pour une nouvelle structuration.

IV-1.3 Les névroses :

Des symptômes et des organisations névrotiques s'observent. La coexistence de l'épilepsie et de l'hystérie a soulevé historiquement de nombreuses controverses, on a voulu décrire une hystéro-épilepsie, ce terme impropre servait à désigner trois états différents : l'association de crises épileptiques et de crises hystériques, des crises pouvant apparaître ou disparaître sous la suggestion et qui sont en réalité hystériques, de crises hystéro-épileptiques hystéro-formes des diagnostics...difficiles, mais qui sont, vraiment épileptiques. L'intérêt de ces formes est surtout théorique selon Beauchesne, dans la mesure où elles posent la question des intermédiaires entre la conversion

⁵⁸ Opus cité : p 743.

somatique de caractère génital et les conversions somatiques pré-génitales.

IV-2 L'usure Psychique des crises :

IV-2.1 Rôle des facteurs psychique dans le déclenchement des crises :

Le rôle des émotions dans le déclenchement de crises épileptiques est connu depuis l'antiquité. La nature de l'émotion déclenchante est variable : l'excitation, la joie, la difficulté excessive d'une tâche, l'anxiété par l'anticipation à l'approche d'une épreuve pour Beauchesne, il est intéressant de souligner le rôle éventuel de deuil qui semble intervenir non seulement par l'effet qu'il exerce directement sur l'enfant, mais aussi indirectement par la façon dont il est assuré par les parents (ex. séparation d'une personne significative).

Les émotions fortes ne sont pas les seuls qui puissent provoquer des crises, selon Beauchesne des situations et apparences banales peuvent être déclenchantes. Des situations se répètent sont source de tensions plus ou moins permanentes. Elles interviennent aussi de façon indirecte : « en créant des organisations de personnalités prédisposées à réagir sur le mode de crises même à des situations en apparence banales (...). La confrontation entre un fantasme et une réalité de ce fantasme (qui représente la situation banale) semble être souvent à l'origine de la crise »⁵⁹.

⁵⁹ Opus cité, p746.

IV-2.2 Le vécu de crises :

Beaucoup de crises s'accompagnent d'une perte de conscience plus ou moins complète, l'entourage affirme, trop souvent que l'enfant n'a rien à dire à propos des crises, la perte de connaissance peut être incomplète, mais surtout la crise survient dans une séquence où son vécu est plus lié à une phase post critique ou la façon de vivre la répercussion.

La crise réalise une discontinuité imprévisible dans le temps vécu. Elle est aussi une perte de contrôle de fonctions élémentaires motrices, atteinte fonctionnelle difficile à situer par rapport aux limites corporelles : « soit comme un danger externe, soit comme un danger interne : défaillance adaptative brusque sans sens, l'expérience vécue d'une désorganisation catastrophique et confusionnelle »⁶⁰. Cette expérience est vue par l'entourage qui renvoie des significations nées de leurs propres fantasmes et qui ne soient pas à l'origine de la crise. Ce qui complique de plus en plus l'intériorisation et l'intégration des paradoxes de ce vécu par l'enfant.

IV-2.3 Signification des crises :

Multiples sont les réflexions autour de la signification des crises. On note que la contribution de la psychanalyse était la plus riche, Pierce Clark (1931) insiste sur les traits narcissiques et sur le fait que la crise est une impulsion sans cesse répétée du désir de la mort, du désir de retourner dans le sein maternel en se délivrant des fixations traumatiques et en trouvant un univers sans tension. Mais la rigidité

⁶⁰ Opus cité, p747.

narcissique complexifie la réaction explosive de la crise. Kardiner 1949 s'efforce de situer la réaction épileptique par rapport aux névroses traumatiques.

Freud n'aborde la question de l'épilepsie que de façon incidente dans son article "Dostoïevski et le parricide" où la question traitée s'interroge sur la genèse biographique de l'écrivain névrosé. Il insiste sur la question d'un conflit entre un surmoi sadique et un moi masochiste, la crise étant un équivalent suicidaire, un crime introjecté dans le cadre d'une désintrinsication pulsionnelle.⁶¹

De façon générale, les psychanalystes proposent des interprétations oscillant entre une compréhension proche de celle de l'hystérie et une compréhension insistant sur la faiblesse de l'élaboration psychique.

Pour H. Beauchesne, il est important de distinguer le sens qu'aurait une crise à l'origine et le sens que prend ce phénomène dans l'histoire du sujet : « la crise est une défaillance brutale de l'organisme sans sens, un brusque saut dans l'organisme (...) une resomatisation. Cette crise entraîne une atteinte de l'image de soi, réveille une angoisse confusionnelle. Par la suite, les crises peuvent "se mettre au service de la névrose", les crises deviennent un mode de résolution de la problématique. D'autre part, la répétition des crises signale des épisodes déstructurant existentiels, c'est une véritable psychose passagère qui peut entraîner de lourdes manifestations psychopathologiques. Le risque est d'autant plus grand qu'existe

⁶¹ S. Freud, Dostoïevski et le parricide, 1928 in : www.megapsy.com .

auparavant des failles dans l'organisation du "soi", occasionnant un fort noyau d'ambiguïté ». ⁶²

IV-2.4 Abord familial et social de l'épilepsie :

Chez l'enfant la famille et l'école constituent le champ social de résonance des difficultés et de son évolution. La famille de l'épileptique qui exprimerait initialement un mode relationnel particulier marqué par l'existence de tensions importantes avec des relations sadomasochistes, beaucoup d'auteurs parlent de l'existence chez l'un des deux parents d'un surmoi sévère, interdisant toute expression d'agressivité. On a relevé la fréquence et prégnance d'un fantasme familial organisé autour de la mort (Beauchesne). Quelque soit l'organisation familiale initiale, la répétition imprévisible des crises provoque très vite un réaménagement autour de celle-ci : l'ambivalence est la règle, ont les modèles qui construisent des familles oscillent entre : la surprotection dont l'excès peut d'ailleurs masquer les intentions agressives et le rejet d'une part, d'autre part l'indifférence marquée par le manque d'affection et même le dégoût.

Il existe des familles qui permettent à l'angoisse de s'exprimer, d'autres sans problèmes apparents, organisées en fait sur un mode et ne permettant à aucune angoisse d'émerger au prix limitations importantes, enfin des familles où l'épilepsie devient étroitement liée à la pathologie familiale.

Quant à l'école, elle paraît montrer une grande tolérance à l'égard des enfants épileptiques. Il est à noter que les crises d'épilepsie

⁶² H. Beauchesne, G. Broussaud : opus cité, p 748.

à l'école surviennent plus rarement, ceci tendrait à montrer que l'enfant présente ses crises en dehors du cadre scolaire, et quasi nulle, tant pour l'enfant que pour son entourage. L'échec scolaire résulterait général des troubles associés à l'épilepsie, à l'exclusion, au rejet, l'absentéisme, l'action des médicaments et la baisse du niveau intellectuel.

Deuxième partie

I-1 Choix du cas :

Notre recherche s'intéresse à un seul cas clinique, il s'agit d'un enfant épileptique de 11 ans, placé dans un centre psychopédagogique se situant à Ramchi, pour raison d'échec scolaire, et de problème de déconcentration et de maladresse face aux acquisitions scolaires élémentaires.

I-2 Préliminaire de la recherche :

Nous avons choisi notre cas d'étude suivant l'intérêt de nos investigations :

- * le premier critère du choix étant la pathologie de l'épilepsie.
- * le deuxième, un trouble psychomoteur apparent : à travers notre présence au centre plusieurs fois, et avec l'aide du psychologue du centre. Notre attention a été portée sur un cas clinique qui éprouvait de grandes difficultés motrices caractérisées par une maladresse disharmonieuse et des incapacités à gérer des situations motrices complexes avec une absence déficitaire d'intelligence.

I-3 L'observation clinique :

L'utilisation de la méthode clinique dans notre étude nous a permis de situer les différentes formes potentielles du cas, l'auteur Sammacher la définit comme étant : « la recherche de caractère distinctif, ce qui intéresse le psychologue n'est pas facile à appréhender puisque cela concerne les affects, l'émotion, pour cela, il s'agit de repérer des signes inconscients que le patient éprouve à un moment donné », ¹ l'observation n'a pas de sens que si elle a pour

¹ R. Sammacher : psychologie clinique et psychopathologie. Ed. Bréal 2^{ème} édition, septembre 2005, p 385.

objectif d'appréhender le sujet dans sa totalité, et de découvrir le sens de ses comportements par des théories appropriées à l'investigation.

I-4 L'entretien clinique :

Pour Sammacher l'entretien est : « un dispositif de base de la psychologie clinique, à la fois l'outil de diagnostic, de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations mentales du patient, à ses émotions et à son vécu »,¹ il est une situation d'échange verbale entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations. On peut citer 3 aspects indispensables à la pratique de l'entretien :

- la disponibilité, c'est-à-dire le savoir-écouter,
- la neutralité et le refus du jugement,
- l'empathie qui veut dire la capacité à mettre à l'aise le sujet.

I-5 Orientation théorique spécifique à la recherche :

Pour les références à la littérature des travaux psychologiques nous pouvons noter de nombreuses contributions à l'étude des enfants qui présentent des états de déficit psychomoteur.

Wallon dans son livre "l'enfant turbulent", et dans plusieurs de ses publications, s'intéresse particulièrement aux enfants maladroits.

Il qualifie la fonction tonique dans son intrication expressive au mode d'échange établi manifestement par les enfants, il insiste aussi sur l'incessante réciprocité, des attitudes, de la sensibilité, de l'accommodation perceptive et mentale, et de leurs participations, dans l'acquisition du schéma corporel et de la conscience du corps

¹ Opus cité : p 379.

propre. Toutes ces modalités d'être sont au centre de la problématique fonctionnelle chez les enfants maladroits dans les travaux de Wallon.

En se basant sur les travaux de la neuropsychiatrie sur l'apraxie de l'adulte, J. de Ajuriaguerra s'interroge sur la nécessité de l'étude de la totalité corporelle, saisie dans ses échecs et dans ses désordres des fonctions élémentaires du vécu du corps chez l'enfant.

Dans l'un de ses articles principaux publiés en 1964 sous le titre de : « Les dyspraxies chez l'enfant », Ajuriaguerra situe l'étude des désorganisations praxiques à deux niveaux :

1/ Pour saisir la signification de ces troubles, il faut éclaircir en premier lieu le problème du développement des praxies chez l'enfant, et ceci en clarifiant la nature des liens qui existent entre le développement des praxies et le développement cognitif dans leur ensemble, il se réfère dans son étude aux travaux de Piaget qui considère la réalité même de l'intelligence et de la connaissance dans sa réussite à établir une relation au monde et de maintenir la coordination de l'action motrice. Pour Piaget, la motricité est au centre du développement intellectuel, et l'organisation praxique est alimentée par l'aspect figuratif et l'aspect opératif de la pensée représentative du corps. Ces concepts clés de la théorie piagétienne ont orienté le choix des outils d'investigation, utilisés dans les études d'Ajuriaguerra tels que les tests d'intelligence comme le Wisc3 et le Bender-Santucci. Les résultats obtenus de ces recherches ont été frappants, les épreuves basées sur l'examen de l'intelligence verbales étaient réussies remarquablement, par contre, les résultats les moins bons se trouvaient

dans l'examen des épreuves exigeant une bonne coordination Visio-manuelle, ce résultat a conduit Ajuriaguerra à admettre l'hypothèse qui revoit la définition du trouble dyspraxique comme étant un déficit de la pensée opératoire, plus précisément dans le figuratif visuel représentatif. Cette hypothèse confirme aussi et éclaire les difficultés rencontrées chez ces enfants dans leur organisation spatiale.

Après l'éclaircissement du sens de ces désorganisations Ajuriaguerra dans un 2^{ème} niveau d'analyse tend à préciser la nature des troubles intervenant dans les dyspraxies, il propose l'examen des interférences suivantes :

- Le rôle de la motricité : le trouble constaté était lié aux performances de l'acte-moteur, quel rôle joue alors la motricité dans l'intégrité corporelle ? Et quel degré peut-elle favoriser son échec ?

- Le rôle du schéma corporel : les liens étroits entre "l'espace corporel" et "l'espace objectif" ont été établis par l'analyse des troubles que présentent les adultes apraxiques, mais également par de nombreux auteurs du développement de l'enfant. Ces constatations ont poussé Ajuriaguerra à placer l'étude du schéma corporel au centre de ses recherches.

- Le rôle de l'affectivité : La fragilité du schéma corporel et de l'organisation spatiale dans tous les désordres affectifs chez l'enfant, ont incité Ajuriaguerra à étudier de plus près le rôle du développement affectif dans les troubles constatés.

- Pour se rapprocher de l'idée principale apportée dans ce travail qui est la référence à l'étude des dysfonctionnements

psychomoteurs, Ajuriaguerra propose ce qui suit : « le lien entre les facteurs émotionnels et le schéma corporel ne peuvent pas s'établir dans une seule direction. Si un trouble émotionnel affecte l'activité cognitive du patient, cela peut perturber son schéma corporel, alors il est clair qu'une réaction émotionnelle peut provoquer un désordre dans l'activité cognitive à n'importe quel niveau (sensorimoteur, perceptuel, ou déficit opératoire) qui touche la conservation ou la structure du schéma corporel ». ¹

Dans notre travail de recherche, nous nous baserons sur les notions clés apportées par Ajuriaguerra et sa méthode de travail, dans la mesure où les caractéristiques motrices fonctionnelles de notre cas se rapprochent des caractéristiques des enfants maladroits, enfants sur lesquels Ajuriaguerra a fait une longue étude puis on insistera sur la pathologie de l'épileptique, c'est-à-dire on essaiera de repérer les points d'impact de la désorganisation praxique sur la structuration de l'épilepsie, et par ailleurs, nous allons étudier la relation entre l'organisation du trouble praxique et l'organisation de la pathologie de l'épilepsie chez notre cas, ceci nous amène à nous interroger sur les points suivants :

1/ Quelle est la structure cognitive déficitaire altérant l'organisation spatiale et qui à son tour va structurer l'épilepsie ?

2/ Quelles sont les particularités du fonctionnement psychomoteur intervenant dans le déficit cognitif de l'épilepsie ?

¹ J. de Ajuriaguerra et J-D stucki : **Troubles du développement du schéma corporel**, in F. Joly, Geneviève. Labes : **Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité**, volume 2 psychopathologie développementale et trouble psychomoteur, Ed. Papyrus 2009. P 304.

3/ Quel degré de désorganisation peut atteindre le schéma corporel dans sa structure présumée ? Et à quelle entrave relationnelle contribue cette désorganisation ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons choisi les tests psychométriques suivants :

1/ Le WISC III : nous utiliserons ce test suivant l'objectif méthodologique qui consisterait à répondre à la première interrogation exposée plus haut les modalités de la passation du test, seront commentés dans le prochain chapitre.

2/ La NEPSY : nous aidera à situer notre cas en rapport aux dysfonctionnements psychomoteurs et ainsi que leurs interférences à la pathologie de l'épilepsie.

3/ L'épreuve du schéma corporel : cette épreuve nous renseignera sur le niveau d'acquisition des capacités concernant le corps et la conscience relative à lui, ainsi que leurs relations émotionnelles entravant son développement.

II-1 Etude et présentation du cas :

II-1.1 Présentation de l'enfant :

- Nom et prénom : S. A. / sexe : masculin
- Age : 12 ans
- Nombre de frères : il est le cadet d'une fratrie de deux enfants, sa sœur est plus âgée que lui de 2 ans.
- Situation générale de la famille : Une petite famille de 4 membres et d'un niveau économique modeste.
- Adresse : Bon lieu de Ramchi (commune près de Tlemcen d'environ 25 km).

II-1.2 Niveau socioculturel de la famille :

- Le père : un niveau scolaire restreint, travaillé avant son mariage dans le commerce de son père, après quelques années de mariage, il exercera le métier de boulanger, actuellement, il est en état de chômage.
- La mère : un niveau scolaire moyen, plus jeune que son conjoint, elle travaille actuellement comme femme de ménage dans un établissement sanitaire.

II-1.3 Etat actuel du cas :

- Le cas est épileptique depuis l'âge de 4 ans, il était pris par des moments de stupeur, auxquels il ne réagit pas.
- La famille a été orientée vers un spécialiste mais l'enfant n'a pu être conduit chez le spécialiste qu'ultérieurement vers l'âge de 6 ans, l'épilepsie a été qualifiée de type absence petit mal.

-
- Le traitement : l'enfant prend de la Dépakine en raison d'un comprimé par jour.
 - Les crises : le traitement contrôle les crises et l'enfant n'en fait plus. Il en faisait auparavant plusieurs absences dans une même journée.

II-2 Anamnèse du cas :

Temps 1 : - Mariage des parents : un mariage traditionnel, les deux futurs conjoints étaient satisfaits.

- Les premières années de mariage : la femme a été frappée par la maladie de son mari qui était épileptique, elle n'était pas au courant puis elle tombée enceinte de son premier enfant. Cet évènement était un traumatisme pour la future maman, elle pleure tout le temps.

Puis arrive la venue au monde du deuxième enfant qui est notre cas : grossesse désirée avec risque d'accouchement prématuré suite à une chute dans l'escalier.

- Accouchement : normal, pas de maladie périnatale.
- Le père continua à faire ses crises grandes mal, même après le traitement.

Temps 2 :

- Allaitement maternel
- Situation sanitaire du bébé : normale pendant les 4 premiers mois, une infection au niveau de la vessie.
- Après cette période, on constate des phases d'hyperthermie qui ont conduit à des convulsions fébriles.

- Développement général : proche de la normale, sauf la présence de quelques retards dans l'acquisition de quelques fonctions développementales (présentées dans le tableau 02).

- Situation familiale pendant la première enfance : la famille est en état de tension caractérisée par des conflits entre la mère et la belle-famille, ces conflits ont fini par le renvoi de la petite famille.

Temps 3 :

- Apparition de l'épilepsie : à l'âge de 4 ans, les états d'absence persistent pendant 2 ans.

- Echec scolaire : impasse scolaire où l'enfant rate deux fois la première année, il souffre de problèmes de concentration.

- Traitement de l'épilepsie : Après l'âge de 6 ans, l'enfant été amené chez un neurologue, l'EEG signale des bouffées d'ondes lentes dans la région intérieure du cortex cérébral, l'épilepsie a été qualifiée de type d'absence petit mal et l'enfant a été mis sous traitement.

- Rentré au centre psychopédagogique : A 7 ans l'enfant rejoint un centre spécialisé pour les enfants souffrants de retard intellectuel. Il est placé dans une classe d'enfants qui ont un retard léger, dans l'évolution de leur intelligence.

- Stabilisation de l'épilepsie et apparition du dysfonctionnement corporel : après quelques années au centre le cas est devenu de plus en plus lent et maladroit, il traverse plusieurs fois dans l'année des périodes d'inhibition où il est incapable d'écrire et de dessiner.

- Le père continue à faire ses crises spectaculaires, devant la famille il est tout le temps en conflit avec son épouse, à cause de sa négligence du traitement.

II-3 Premières appréciations du développement psychomoteur du cas :

Nous allons illustrer les différents axes de ce développement dans le tableau suivant :

Fonction psychomotrice	Age d'acquisition de la fonction	Age d'acquisition du cas	Observations et caractéristiques de la fonction chez le cas
Maintien de la tête	Vers 5 mois		La mère ne se souvient pas de ce détail mais déclare qu'il était presque comme tous les enfants
Position assise	Vers 7-8 mois	Environ 1an	Un léger retard qui peut être normal si on prend en considération la loi de variabilité
Position debout	Vers 10-12 mois	Environ 1an et demi	Peut se considérer comme normale
La marche à 4 pattes	Vers 13-14 mois	A débiter à terme mais elle à durer longtemps	Un retard dans le passage à la marche verticale
La marche verticale	Vers 12-20 mois	Acquise vers 3 0mois	Un léger retard d'acquisition
Autonomie suffisamment acquise	Vers 24-30 mois	Un retard dans l'acquisition de l'autonomie vers 4-5 ans	Hygiène presque acquise
Manipulation des jouets	Vers 24 mois	Normale	Il joué selon la mère comme tous les enfants et

			pas de remarque spéciale
Latéralisation	Débutée vers 18 mois puis atteint la performance d'une main à 5 mois	Acquise à terme	Utilisation de la main droite dans le dessin et dans l'écriture avec un peu de difficulté dans la manipulation fine des petits objets
Schéma corporel	Entre 3 et 5 ans	Age testé du schéma corporel de 7-8 ans (environs)	Le test du schéma corporel révèle l'existence d'un trouble praxique

Tableau I : Appréciation clinique du développement psychomoteur du cas. Inspiré des travaux "I. Lézine" sur le développement psychomoteur.

II-4 Appréciation des fonctions cognitives du cas :

Nous avons confectionné ce tableau à partir de nos remarques en période d'entretien. Ces observations ne peuvent qu'être utiles à la confirmation de certains résultats des tests choisis, ces observations contribuent aussi à apprécier le mode des fonctions cognitives dans des situations de la vie courante de l'enfant.

Fonction	Son expression
Attention et concentration	Le cas ne peut pas maintenir son attention sur les tâches présentées (ex : en lui demandant d'écrire, il abandonne vite cette tâche et la remplace par une autre, le dessin). En période de passation de tests, l'enfant se trouve déconcentré et ne peut pas respecter la consigne et essaie de faire vite (cette observation a été faite lors de la passation du test

	<p>du schéma corporel) ce qui suggère un déficit général dans l'attention soutenue.</p>
Mémoire	<p>La mémoire à long terme intacte se souvient de ce qu'on a fait la séance passée. Mais la mémoire à court terme est plus ou moins fragile et nécessite la répétitivité (exemple dans l'apprentissage des phrases), alors S.A se souvient des évènements passés mais se trouve en difficulté face aux tâches de mémorisation exigeant une attention et une concentration assez élaborées.</p>
Perception	<p>Perception des couleurs intacte (reconnaissance de toutes les couleurs).</p> <p>Perception des formes géométriques intacte : S.A reconnaît les différentes formes mais il ne peut pas les élaborer manuellement avec des outils par concret, il peut les dessiner. Cela suggère probablement un déficit de l'organisation praxique, avec le déficit perceptif d'acquisition d'une gestalt.</p>
Langage	<p>S.A n'arrive pas à bien articuler et dire des mots.</p> <p>Il a une lenteur dans la production verbale (timidité).</p> <p>L'écriture est assez bonne quand il s'agit de copier une phrase du tableau, il ne se souvient pas des formes des verbes et trouve des difficultés</p>

	pour écrire son modèle.
La marche	Maladresse apparente avec une faiblesse du tonus musculaire (S.A apparaît comme étant fatigué même s'il ne l'est pas vraiment).
Mouvement et coordination	Un mouvement lent dans l'écriture et le dessin. Incoordonné dans le jeu souvent traduit par des jeux de brutalité (le jeu de Salah est mélangé par une agressivité et agitation, comme s'il cherche le contrôle de son corps à travers cette manière.
Motricité fine, absence d'adresse. Mouvements digitaux fins	Difficulté d'effectuation des tâches motrices basées sur l'acquisition de la motricité fine (les cubes sont manipulés péniblement et sont très mal posés à leur place).

Tableau II : Appréciation des fonctions cognitives du cas

III-1 Présentation du WISC III :

Wechsler, à travers cette batterie de tests désire mesurer l'intelligence générale. En 1961, il définit l'intelligence comme : « la capacité globale ou complexe de l'individu d'agir dans un but déterminé, de penser rationnellement et d'avoir des rapports utiles avec son milieu »¹. Pour cet auteur, l'intelligence est une configuration harmonieuse des aptitudes permettant une relation efficace du sujet avec son milieu. Il distingue l'intelligence générale des aptitudes intellectuelles. Pour lui, un test d'intelligence doit inclure une grande variété d'opérations mais également une grande variété de contenu sur lesquels portent ces opérations.

Concernant les origines de la méthode employée, Wechsler a adopté une démarche empirique pour la construction de ses épreuves. Il a adopté des épreuves déjà existantes dans la pratique clinique. Il a montré qu'elles étaient fiables, comme les cubes de Kohs et les labyrinthes de Porteus² notamment. Il a cependant proposé une nouvelle approche métrique pour le calcul du QI. Pour lui le QI doit être une mesure constante et exprimer la performance du sujet dans le groupe d'âge auquel il appartient.

Trois QI sont obtenus dans les épreuves :

- Un QI verbal qui correspond à l'échelle verbale (contenu verbal).
- Un QI performance qui correspond à l'échelle performance (contenu non verbal).

¹ D. Wechsler : **Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfant : le manuel**, ECPA édition, Paris 1991, p1.

² Epreuve mise au point par S. Porteus (1919), dont le but d'évaluer les capacités mentales et les niveaux d'adaptation sociale du sujet.

- Un QI global correspondant à l'ensemble des résultats des sous tests.

Le WISC III est destiné aux enfants de 6 à 17, il comprend 13 subtests : 6 pour la partie verbale et 7 pour la partie performance.

❖ **La partie verbale** : est composée des subtests suivants :

1- Information : on évalue par des questions orales les connaissances de faits, d'objets, de personnes, ou de lieux. C'est un subtest sensible aux acquisitions de type scolaire.

2- Similitude : on présente à l'enfant des paires de mots, il doit dire quelle est la similitude entre les objets ou les concepts proposés, ce subtest est un bon indicateur de la capacité logique et de la capacité d'abstraction de l'enfant.

3- Arithmétique : l'enfant doit répondre à des petits problèmes de calcul mental. Ce subtest est sensible aux difficultés attentionnelles et à l'émotivité.

4- Vocabulaire : l'enfant doit définir oralement les mots qui lui sont présentés. Ce subtest rend compte des capacités d'apprentissage et d'analyse.

5- Compréhension : on explore la compréhension (basées sur l'expérience) que l'enfant a des règles de la vie sociale et des références d'échange à l'intérieur de la vie sociale.

6- Mémoire de chiffres (subtest facultatif) : il s'agit de répéter au sens strict ou au sens inverse des séries de chiffres entendus. Elle implique donc la mémoire à court terme, la mémoire de travail et l'attention.

❖ **La partie performance** : comprend les sept subtests suivants :

1- Complètement d'images : l'enfant doit identifier la partie ou le détail manquant au dessin présenté, ce subtest implique l'analyse visuelle et l'attention.

2- Code : l'enfant doit faire correspondre des symboles avec des formes géométriques (code A) ou avec des chiffres (code B). cette tâche implique donc la mémorisation de l'association des deux symboles. Il examine : la concentration et la rapidité.

3- Arrangement d'images : l'enfant doit ordonner des images qui racontent une histoire. Cette tâche implique la représentation temporelle d'un évènement et sa représentation spatiale pour la mise en ordre des images.

4- Cubes : l'enfant doit reproduire un modèle géométrique présenté à l'aide des cubes bi-colors, dans notre procédé d'examinations nous retenons la passation de ce subtest.

5- Assemblage d'objets : c'est un puzzle représentant des objets figuratifs familiers (fille, voiture, cheval, ballon, visage). Il faut donc reconstituer à partir des éléments séparés un ensemble total, cette épreuve est sensible à la structuration spatiale et à la représentation du schéma corporel.

6- Symboles : (subtest facultatif qui ne peut être remplacé que le subtest code) : on fait passer à l'enfant des planches comportant, selon son âge : soit un symbole isolé à côté d'une série de 3 autres formes (partie A pour les 6-7 ans) soit 2 symboles à côté d'une série de 5 autres formes pour les 8-16 ans), et il doit dire s'il retrouve le symbole isolé

dans la série de symboles, ce subtest vise la discrimination et la reconnaissance perceptive, il implique la mémoire de travail.

7- Labyrinthes (subtest facultatif) : labyrinthes papier-crayon à parcourir. Cette tâche requiert des capacités perceptives et graphomotrices. Elle requiert le contrôle et la planification du geste.

III-2 L'intérêt de l'utilisation du WISC III dans notre étude :

Dans notre étude des dysfonctionnements psychomoteurs, nous étudions l'intelligence dans son rapport aux exigences suivantes :

- Le dysfonctionnement psychomoteur de notre cas, fait appel à un désordre dans l'organisation praxique. Cette organisation postule à son tour et selon Piaget, l'accès aux représentations mentales dans les deux versants : figuratif et opératif. Ce qui veut dire qu'un déficit dans ces deux structures conduira sûrement à construire une fragilité pouvant provoquer des organisations praxiques.

- L'aspect figuratif et l'aspect opératif de la pensée peuvent être mesurés par des subtests performances du WISC III, car et selon plusieurs auteurs, ils traitent de l'aspect actif de la pensée, c'est-à-dire de son opérationnalisation.

- Suivant notre orientation de recherche, nous avons choisi un seul subtest « cubes » et qui fait partie des subtests performances du WISC III, parce qu'il nous permet de vérifier notre première hypothèse dans les orientations suivantes :

- Le développement de la pensée figurative et le degré d'accès à la pensée opérative.

- Le degré de l'organisation spatiale et la capacité de traiter les informations dans leur rapport à l'espace, puis dans leur représentation.

- Ce subtest engage la manipulation et la motricité dans leur contribution à l'acte pensif de la réflexion.

III-3 Objectifs d'analyse du subtest « cubes » :

Dans ce subtest, on montre au sujet un dessin de deux couleurs et on lui demande de le reproduire à l'aide des cubes. Les dessins sont à réaliser avec 2, 4 ou 9 cubes dans un temps limite.

Pour les âges 6-7 ans, le début du subtest est à fixer à partir de l'item 1, et pour les âges 8-16ans à partir de l'item 3.

- Si un sujet âgé de 8 ans ou plus réussit le premier essai de l'item 3, on lui administre l'item 4 et on le crédite des points correspondant aux item 1 et 2.

- Si un sujet âgé de 8 ans ou plus échoue au premier essai de l'item 3, on lui administre le second essai. Qu'il réussisse ou non le second essai, on lui administre l'item 1 suivi de l'item 2. On continue ensuite avec l'item 4 jusqu'à ce que les limites d'arrêt soient atteintes.

On doit arrêter la passation après 2 échecs consécutifs. Pour les items 1 à 3, il n'y a échec que si le sujet échoue aux deux essais.

Deux essais sont possibles pour l'item 1, 2 et 3. Le second essai n'est administré que si le sujet échoue au premier essai.

III-3.1 Présentation des items :

➤ **Item 1 :**

Contient 2 essais dans un temps limité à 30 secondes pour chaque essai.

Dans le premier essai, placer deux cubes en face du sujet, puis tourner les cubes de façon à montrer les différentes faces. L'examineur doit assembler les cubes en face du sujet à une distance d'environ 18 cm du bord de la table. Donner ensuite deux autres cubes au sujet, et lui demander de reproduire le modèle. A ce moment, l'examineur déclenche le chronomètre et accorde 30 secondes à l'enfant.

Si le sujet réussit avant que les 30 secondes ne soient écoulées, passer à l'item 2, et s'il échoue, administrer le deuxième essai de l'item 1.

Dans le deuxième essai, laisser le modèle intact et faire une seconde démonstration en utilisant les cubes du sujet, ensuite mélanger les cubes et lui demander de reproduire le modèle, faire déclencher le chronomètre et accorder 30 secondes, puis passer à l'item 2 même si le sujet échoue au second essai.

➤ **Item 2 :**

Contient aussi deux essais dans un temps limité à 45 secondes. Dans le premier essai, l'examineur mélange les 4 cubes du modèle et du dessin réalisé par le sujet à l'item 1, demander au sujet de suivre la procédure faite par l'examineur. Laisser le modèle intact, donner 4 cubes au sujet et lui demander de faire le même modèle.

Déclencher le chronomètre et accorder 45 secondes, si le sujet réussit avant que les 45 secondes ne soient écoulées, passer à l'item 3, s'il échoue, administrer le deuxième essai de l'item 2.

Dans le deuxième essai, laisser le modèle intact et faire une seconde démonstration en utilisant les cubes du sujet. Ensuite mélanger ses cubes et dire au sujet de reconstruire le modèle. Déclencher le chronomètre et accorder 45 secondes. Passer ensuite à l'item 3 même si le sujet a de nouveau échoué, sauf si les critères d'arrêt sont atteints.

➤ **Item 3** : 2 essais : temps limité : 45 secondes.

Mélanger les 4 cubes du sujet et retirer ce qui servait de modèle à l'item 2. Placer le carnet stimulus face au sujet et l'ouvrir à l'item 3 du subtest cubes, construire le modèle lentement en utilisant les cubes du sujet, ensuite mélanger les cubes et les utiliser en démonstration. L'enfant regarde le dessin sur le carnet, déclencher le chronomètre et accorder 45 secondes.

Si le sujet réussit avant que les 45 secondes ne soient écoulées, passer à l'item 4 s'il échoue administrer le 2^{ème} essai de l'item 3.

Dans les 2 essais, construire à nouveau le modèle, puis mélanger les cubes et demander à l'enfant de faire le modèle.

Accorder à nouveau 45 secondes, passer ensuite à l'item 4 sauf si les critères d'arrêt sont atteints.

Note

: Pour les sujets de 8 à 16 ans qui commencent par l'item 3, les consignes pour cet item diffèrent de celles qui précèdent.

➤ **Item 3 :**

Placer 4 cubes en face du sujet puis tourner les cubes de façon à montrer les différentes faces, placer le carnet stimulus face au sujet et l'ouvrir à l'item 3 du subtest cubes, faire l'assemblage lentement. Puis mélanger les cubes, les donner au sujet puis lui demander de faire la même figure que sur le carnet, déclencher le chronomètre et accorder 45 secondes.

Si le sujet réussit avant que les 45 secondes ne soient écoulées, passer à l'item 4 et le créditer des points correspondants aux items précédents (2 points chacun) s'il échoue, lui administrer le 2^{ème} essai.

Dans le deuxième essai, on doit faire une deuxième démonstration en utilisant les cubes du sujet. Ensuite mélanger les cubes et demander à l'enfant de refaire la forme proposée. Déclencher le chronomètre et accorder 45secondes.

➤ **Items 4 à 9 :**

Mélanger les 4 cubes du sujet, placer le carnet stimulus ouvert à l'item 4 et demander à l'enfant de faire la tâche. Déclencher le chronomètre et accorder le nombre de secondes précisé pour chaque item. Quand le sujet a terminé son assemblage, ou quand le temps limité est écoulé, mélanger les cubes. A partir de l'item 4, on n'autorise plus le deuxième essai et on ne corrige plus les erreurs du sujet.

Présenter les items suivants de la même façon en reprenant les mêmes consignes (celles-ci pourront être écartées quant le sujet aura bien compris la tâche).

Accorder 45 secondes pour les items 4 et 5, et 75 secondes pour les items 6 à 9.

➤ **Items 10 à 12 :**

Sortir les 5 autres cubes et demander à l'enfant de faire les formes induites sur le carnet stimulus.

Déclencher le chronomètre et accorder 120 secondes pour chaque item.

III-3.2 Passation du subtest cubes au cas S.A :

Le jour de la passation, S.A était en très bonne forme. Il s'est habitué à notre présence. Nous avons auparavant dans les séances d'entretien pris l'habitude de proposer des tâches correspondantes à ce subtest comme par exemple : restituer un puzzle, ce qui facilitera à notre avis la passation de ce subtest.

Dans la première partie de ce subtest qui débute pour notre cas par l'item trois correspondant à son âge de 11 ans. Nous avons placé 4 cubes en face de lui, nous avons essayés de d'écrire et de présenter les différentes facettes des cubes, pour que leurs formes lui soient familières. Après, nous avons fait une démonstration en plaçant le carnet stimulus en face de S.A. nous avons ensuite mélangé les cubes, l'enfant avait l'air de comprendre ce qu'il devait faire. En entamant la tâche, S.A regardé suffisamment le carnet de stimulus, il prend en premier un cube blanc le place à gauche puis un cube rouge à droite du premier et il fait la même tâche au-dessous des deux premiers cubes, il réalise correctement cette tâche en 40 secondes, ce qui nous a permis de le créditer des points de ce subtest et des subtests 1 et 2.

Dans le subtest 4, nous avons mélangé les cubes et montré la forme sur le carnet stimulus, S.A prend deux cubes rouges au début, il place l'un au-dessus de l'autre et ajoute un troisième à côté (on sent qu'il travaille avec une grande concentration qui lui permet de mettre les couleurs identiques en premier).

Concernant le dernier cube qui contient deux couleurs, le cas arrive à le placer. A travers l'essai, il fait en premier lieu une fausse position, et en regardant le carnet stimulus, il s'aperçoit que c'est une mauvaise position, il change cette position en comparant son modèle au modèle suggéré, S.A réussi à cette tâche en 44 secondes, ce qui nous a permis de le créditer de 4 points.

Dans l'item 5, S.A à suivi la même stratégie, il débute par les cubes de la même couleur, il amis à droite (les cubes blancs) et exactement comme le précédent subtest les cubes bicolore entravent son activité, cette fois, il fait le premier essai en regardant le carnet où il reconstitue la bonne position.

Pour le troisième cube, le placement est devenu difficile, S. A semble être dérangé et après quelques essais, il le place comme il le faut. Les cubes étaient éloignés l'un de l'autre et à cause de la rigidité et la maladresse qui est survenue au cours de la tâche, le temps mis a été de 49 secondes correspondant à un échec.

Dans le 6^{ème} item, S.A fixé sa vue sur le carnet stimulus. A chaque mise en place d'un cube, il met les deux premiers cubes qui avaient la même couleur à leurs places, les deux derniers étaient difficilement manipulables. S.A trouvait à chaque fois le cube et

essayait de faire le bon placement, le temps consacré à cette tâche était écoulé et S.A n'a pas fait la forme demandée.

Dans le 7^{ème} subtest, S.A ne pouvait plus continuer à cause des cubes bicolores qui proposaient une totalité plus complexe de la forme à reproduire. Il fixait sa vue sur le carnet des stimuli et la manipulation des cubes était fortement ralentie par sa désorganisation vis-à-vis du carnet.

Après ces deux échecs consécutifs, nous avons arrêté la passation avec une note totale de 10 points.

III-4 Interprétation des résultats :

Après l'échec dans le subtest "cubes", nous pouvons admettre l'hypothèse qui renvoie à la présence des troubles de l'organisation praxique, signalés par des difficultés à accéder au stade opératoire. Ces difficultés s'expriment chez notre cas par un défaut d'intégration des repères spatiaux et comme on l'a vu, S.A ne pouvait pas prendre de points de repères, ne faisait pas de plans d'ensemble, ne faisait pas de transport visuel du modèle à son exécution. Il travaille au fur et à mesure, toute son énergie était employée à analyser le modèle, mais son activité perceptive n'est pas suffisamment mobile pour contrôler en même temps l'exécution (comme dans l'item 5, 6 et 7 où il a fixé sa vue sur le carnet. Plus il s'intéresse aux cubes, et plus il transporte sa vue sur les cubes. Il montre un grand déficit en matière de décentration. Il avait l'air d'être perdu comme s'il n'a pas vu le modèle). Cette fragilité dans la capacité de canaliser le transport visuel et d'exécuter l'action en même temps, nous conduit à conclure que

S.A à un grave déficit dans l'aspect figuratif de la pensée essentiellement le figuratif visuel constaté par Ajuriaguerra dans son étude sur les enfants maladroits.

Pour éclairer l'origine de ce déficit, nous pouvons nous référer à l'histoire du cas où nous trouverons surement des éléments de réponse. C'est un travail qui se fera ultérieurement dans une autre partie par contre dans cette partie, nous présentons maintenant les difficultés sélectives, et les particularités du fonctionnement moteur ainsi que celle du schéma corporel.

Ces états examinés dans leur défaillance respective, exposeraient la nature des entraves organisatrices de l'épilepsie.

IV-1 La NEPSY : (Le bilan neuropsychologique de l'enfant NEPSY).

IV-1.1 Présentation générale du test NEPSY :

La NEPSY est un outil complet destiné à évaluer le développement neuropsychologique des enfants d'âge préscolaire et scolaire (3 à 12 ans). Le nom NEPSY est un acronyme formé de NE (pour neuropsychologie) et PSY (pour psychologie).

La NEPSY a été conçue pour évaluer les aspects fondamentaux et complexes des capacités cognitives, cruciales pour l'apprentissage et les productions de l'enfant en milieu scolaire et extrascolaire.

La NEPSY est constituée d'un ensemble de subtests neuropsychologiques pouvant être combinés de manière variée selon les besoins de l'enfant et la ligne d'orientation du praticien. La batterie comprend un large éventail de subtests permettant d'évaluer le développement neuropsychologique dans 5 domaines :

1- **Attention / fonctions exécutives** : il est composé des subtests suivants :

* **Tour** : l'enfant doit déplacer trois boules colorées sur trois tiges en suivant un nombre de tiges limité, afin d'évaluer un modèle en un temps donné. On évalue les fonctions exécutives : planification, contrôle et résolution de problèmes.

* **attention auditive et réponses associées** : on évalue les capacités de vigilance et de maintien de l'attention sélective, ainsi que son aptitude à modifier un pattern de réponses complexes. Ayant appris à répondre d'une certaine façon à un stimulus auditif, l'enfant

doit ensuite modifier la réponse qu'il avait apprise en répondant à un stimulus contradictoire.

* attention visuelle : on évalue la vitesse et la précision de la tâche. Un enfant peut parcourir visuellement un ensemble d'éléments pour localiser un élément cible.

* statue : l'enfant doit rester immobile, debout, les yeux fermés et inhiber toute réponse impulsive à des détracteurs sonores.

* Fluidité de dessins : l'enfant doit produire des figures à partir des points positionnés de façon structurée ou aléatoire.

* cogner et frapper : on évalue le contrôle et la capacité à inhiber des réactions motrices en réponse à un stimulus visuel en contradiction avec la consigne verbale. L'enfant apprend un pattern de réponses à proposer à des stimulés contradictoires.

2- langage : il se compose des subtests suivants :

* Dénomination des parties du corps : il est demandé à l'enfant de nommer des parties du corps sur un dessin ou sur lui-même.

* Processus phonologique : a) l'enfant doit identifier une image à partir d'un segment de mots entendu.

b) il doit produire un nouveau mot en n'omettant pas une syllabe ou un phonème ou en substituant un phonème à un autre (évaluation de la segmentation phonologique).

* Dénomination rapide : l'enfant nomme la taille, la forme et la couleur des items présentés. On évalue la capacité à accéder à des mots familiers et à les produire rapidement.

* Compréhension de consignes : on évalue l'aptitude à traiter des séquences verbales de complexité syntaxique croissante et à y répondre rapidement (désigner des éléments figuratifs pour accéder à un plus abstraitif).

* Répétition de pseudo-mots : on évalue l'encodage et le décodage phonologique d'un pattern sonore ainsi que l'articulation de pseudo-mots complexes.

* Fluidité verbale : l'enfant doit produire le plus de noms d'une catégorie donnée (sémantique ou phonétique).

* Séquences oromotrices : ce subtest évalue la coordination rythmique oromotrice. L'enfant répète des séquences sonores et de « vire-langues » comme (craki - crouki) à prononcer cinq fois de suite.

3- fonctions sensori-motrices :

* Tapping : on propose à l'enfant différent pattern de tapping pour évaluer la dextérité digitale et la rapidité de mouvements. L'enfant tape d'index contre le puce trente-deux fois de suite aussi vite que possible, chacun des doigts, de l'index à l'auriculaire, contre le pouce (mouvement complexe séquentiel).

* imitation de position de mains : ce subtest évalue l'aptitude à imiter des positions des mains à partir d'un modèle. L'examineur montre une position de main à l'enfant qui la reproduit.

* Précision Visio-motrice : ce subtest évalue la motricité fine et la précision de la coordination Visio-motrice. La vitesse est également prise en compte. L'enfant trace un trait à l'intérieur d'un chemin, le plus rapidement possible.

* Séquences motrices manuelles : ce subtest évalue l'aptitude à imiter une séquence de mouvements rythmiques. L'examineur montre une séquence de mouvements de la main. L'enfant s'entraîne puis reproduit la séquence rythmique 5 fois.

* Distinction de doigts : ce subtest évalue l'aptitude à percevoir un input sensoriel tactile sans l'aide de la vue. L'examineur touche un ou deux doigts de l'enfant, à l'abri de son regard. L'enfant doit alors indiquer quel(s) doigt(s) a (ont) été(s) touché(s).

4- Traitement visuo-spatiaux :

* Copie de figures : l'enfant doit recopier des figures géométriques bidimensionnelles (intégration visuo-motrice).

* Fléchés : jugements de l'orientation linéaire. L'enfant observe un ensemble de flèches disposé autour d'une cible et doit indiquer les deux flèches qui pointent vers son centre.

* Cube : on montre une carte simple sur laquelle se trouve une maison cible qu'il doit retrouver sur une carte plus grande. On évalue la compréhension des relations Visio-spatiales et de l'orientation, ainsi que la capacité à transférer cette connaissance d'une carte schématique à une carte complexe.

5- Mémoire et apprentissage :

* Mémoire des visages : l'enfant indique sur une série de visages quels sont les visages masculins et féminins (focalisation de l'attention). Puis il sélectionne un visage parmi trois. Trente minutes plus tard, il doit sélectionner le même visage à partir d'un nouvel agencement de 3 visages proposés.

* Mémoire des prénoms : il doit apprendre en trois essais les prénoms de 6 ou 8 enfants présentés.

* Mémoire narrative : l'enfant écoute une histoire puis il doit la rappeler, le rappel l'indique et l'aide à retrouver les éléments non mémorisés spontanément (en répondant aux questions posées).

* Répétition de phrases : l'enfant doit répéter des phrases de complexité et de longueur croissantes.

* Apprentissage de listes de mots : l'enfant apprend une liste de 15 mots en 5 essais qu'il doit rappeler après une liste d'interférence (entendue et répétée). Puis de nouveaux rappels après 30 minutes.

Ceux sont là les domaines dont traite la NEPSY, elle est adaptée au contexte suivant :

A/ Faire l'examen de base permettant d'obtenir un aperçu général de l'état neuropsychologique de l'enfant.

B/ Fournir l'examen complémentaire ou sélectif en vue d'une analyse minutieuse de troubles cognitifs spécifiques.

C/ Fournir l'examen complet pour un bilan neuropsychologique exhaustif.

Les résultats sont donnés en notes standards (notes d'échelle) ou en rangs percentiles et peuvent être synthétisés sur un profil. Celui-ci présente le pattern des forces et des faiblesses de l'enfant examiné dans ses performances aux subtests de la NEPSY, pour le cas de l'enfant normal. Mais pour les enfants épileptiques, nous ne cherchons pas à calculer les notes standards dans une échelle d'évaluation de la

population mère à laquelle sont renvoyés les résultats de passation du test mesurent les difficultés rencontrées par des enfants normaux.

Pour la pathologie de l'épilepsie, nous ne pouvons que chercher à situer ou exactement s'exprimer le désordre psychomoteur de l'enfant épileptique.

IV-1.2 l'intérêt de l'utilisation de la NEPSY dans notre étude :

La NEPSY dans notre étude est utilisé dans une première perspective comme un test neuropsychologique pour les raisons suivantes :

- La NEPSY est un instrument qui contribuerait à la compréhension des effets de lésions cérébrales congénitales ou acquises, chez des jeunes enfants atteints de désordres cérébraux et d'épilepsie »¹.

- La NEPSY contribue au suivi : « des enfants présentant certains types de crises d'épilepsie qui peuvent montrer des fluctuations ou des détériorations de leurs capacités cognitives »².

C'est pourquoi nous pouvons prétendre à dire que l'épilepsie génère sûrement des dysfonctionnements neuropsychologiques, et ces entités peuvent être explorées par la NEPSY.

Cette conclusion renforce notre dispositif de recherche sur l'étude de notre cas épileptique.

¹Marite Korkman, Ursula Kirk, Sally Kemp : **NEPSY, bilan de l'enfant, manuel** traduit en français par Monique Plaza, Jacques Grégoire, ECPA 2003, p 03.

² Opus cité, p 04.

- La NEPSY contribue à l'examen psychomoteur dont nous avons exposé les domaines sensorimoteurs particuliers, nous les signalons dans :

- Les incapacités sensorimotrices qui sont présentes comme : « Des indicateurs d'un développement atypique et d'une lésion cérébrale ou d'un dysfonctionnement »¹ de types psychomoteurs.

Comme : - les incapacités sensorimotrices désactionnent la régulation tonique, principal axe d'études de plusieurs auteurs (dialogue tonic, concept principal d'Ajuriaguerra).

- La NEPSY par ses subtests sensorimoteurs évalue à la fois : « les composantes dynamiques de l'exécution motrice, à travers les subtests séquence motrice manuelle »².

- Elle évalue aussi la composante kinesthésique du mouvement à travers le subtest imitation de position de main.

En résumé, la NEPSY nous permet d'avoir une vue d'ensemble sur la nature du fonctionnement sensorimoteur et psychomoteur par l'évaluation des notes brutes et des notes standards, et par l'évaluation de l'âge du développement des fonctions, c'est à la fois un examen moteur et sensoriel des niveaux de développement de l'enfant normal en vue de le renforcer.

¹ Opus cité, p 19.

² Opus cité, p 21.

IV-2 Domaines sensorimoteurs de la NEPSY et leur consigne de passation :

Les domaines sensorimoteurs de la NEPSY sont accessibles par leur aspects faciles de passation cela même pour les enfants normaux se trouvant en difficultés de développement.

Pour le cas de notre étude, la passation et l'administration a été plus ou moins facile malgré l'aspect déficitaire de la motricité chez l'enfant.

Dans la matinée de la passation du test, l'enfant a été en très bonne forme, il accepte volontairement de passer le test. L'étroite relation et le bon transfert partagés avec lui, nous a permis de confectionner un aspect ludique pendant le test. L'enfant s'est engagé dans cette activité volontiers malgré ses échecs.

Au cours de la passation de quelques items, il n'y avait ni opposition, ni résistance. Par contre, nous avons remarqué que les items difficiles poussaient le cas à effectuer plus d'efforts pour répondre aux difficultés.

IV-2.1 le subtest Tapping :

Ce subtest se compose de 4 items :

* Tapping répétitive main dominante : il s'agit dans ce subtest de faire un cercle avec le pouce et l'index puis ouvrir le cercle d'environ 2,5cm et le fermer (répéter ce mouvement 32 fois) en demandant à l'enfant de faire ce mouvement le plus vite possible. Notre cas apprenait facilement les gestes, il répète le nombre des mouvements demandé sans erreurs en 17 secondes.

* Tapping répétitive main non-dominante : la consigne demandée dans cet item est la même que pour litem précédent sauf que l'enfant doit utiliser la main non-dominante.

Pour le cas de notre étude, la tâche est devenue plus difficile en comparaison avec le précédent exercice, il a fait plus de temps pour apprendre le geste, pendant la répétition des mouvements, plusieurs positions incorrectes sont signalées, le mouvement s'est accompagné de guidage visuel et pour montrer la tâche, le cas a été obligé de faire un effort supplémentaire. Le temps d'effectuation a été de 18 secondes.

* Tapping séquentiel main-dominante :

Dans cet item, l'enfant doit joindre l'index puis le majeur et ensuite l'annulaire puis l'articulaire avec le pouce, de telle façon que les doigts forment à chaque fois un cercle (8 fois de suite).

Dans cet item, notre cas trouve de grandes difficultés surtout après 4 fréquences de mouvements, il ne peut pas suivre l'enchaînement de la séquence (ex : index-pouce/annulaire-pouce/index-pouce), on a remarqué des syncinésies faciales (les lèvres, la mâchoire et la bouche bougent involontairement pour la production de litem), leur durée de temps était de 28 seconds.

* Tapping séquentiel main non-dominante :

On propose la même consigne de l'item précédent mais l'enfant doit utiliser l'autre main. Cet item a été suivi d'échec presque dans sa totalité. Le cas a produit une séquence du geste demandé.

On remarque la présence du guidage visuel, d'une syncinésie faciale et d'une syncinésie d'imitation (les doigts de la main opposée bougent involontairement pendant la production de l'item), les mouvements sont évalués en 36 secondes.

Le subtest tapping dans sa totalité a été réalisé en 96 secondes.

Nous ne pouvons prétendre donner une évaluation des résultats puisqu'il supposerait conditionnellement être validé sur une population d'enfants épileptiques. Ce fait exigeait une nouvelle batterie de recherche avec un nouvel étalonnage, auquel on ne pourrait s'y conformer tout de suite.

IV-2.2 Le subtest imitation de position de main :

* Imitation de position de main dominante :

Cette fonction est composée de 12 items, les deux premiers sont consacrés à l'âge 3-5 ans, les 10 autres à l'âge 5-12 ans. La tâche demandée à l'enfant c'est d'imiter des positions présentées par l'examineur (indiquées dans la feuille de cotation). Ce dernier doit signaler les erreurs pendant le temps de la position.

Notre cas a réussi 4 positions, la tâche est devenue difficile pour lui à partir du 5^{ème} item. Il est plus lent et ses mouvements sont rigides (échec dans les items 6, 8, 9) le temps limite a été dépassé.

***Remarque** : Nous ne devons pas fournir des notes qui n'expriment aucune insertion dans un étalonnage précédemment défini, parce que non spécifique aux troubles examinés.

* Imitation de position de main non dominante :

Cet item rejoint l'item précédent sauf que la tâche doit être produite par la main non dominante.

Le nombre total des réussites des productions des positions étaient 9. Cinq imitations d'entre elles étaient produites à l'aide de l'autre main.

Le cas reproduit seulement 4 positions sur un nombre total de 10 avec sa main droite et 09 avec l'autre main.

Au vue des remarques précédentes, sur la nécessité d'un nouvel étalonnage, pour la spécificité de l'épilepsie, nous ne pouvons que signaler si globalement l'exercice a été réussi ou échoué.

IV-2.3 Le subtest Précision Visio-motrice :

Ce subtest est composé de deux items (train-voiture) administré aux âges 3-4 ans, puis (voiture-moto) administré aux âges 5-12 ans. Pour notre cas, nous avons administré le deuxième item conforme à son âge.

* item voiture-moto : l'enfant dans cet item doit tracer un trait à l'intérieur d'un chemin parcouru par une voiture puis trace un 2^{ème} chemin par une moto (indiqué dans le livret de réponse).

- concernant le tracé de voiture, le cas a effectué le trait à l'intérieur du chemin avec une grande précision et sans erreur.

La tenue du crayon a été correcte, sauf qu'elle a été très lente et il a appuyé fortement sur le crayon ce qui a produit un trait très gras, le temps écoulé était de 78 secondes.

- Concernant le tracé de la moto : lors de son dessin, on note les mêmes remarques effectuées précédemment, le temps mis pour la réalisation de la tâche est de 90 secondes.

Le subtest précision Visio-motrice était réussi au prix après d'une grande lenteur (temps total 168 secondes).

IV-2.4 Le subtest séquence motrice manuelle :

Ce subtest se compose de 12 items, les deux premiers sont consacrés aux enfants de 3-7 ans, le reste des items aux enfants 8-12 ans

L'examineur montre une séquence de mouvements de la main, l'enfant s'entraîne puis produit la séquence rythmée 5 fois (voir les mouvements dans le cahier d'administration).

- Pour notre cas, les items 3-4 ont été réussis dans les 5 1^{ère} séquences de mouvements (ces items sont des mouvements simples et symétriques (ex. item 4 : frapper les mains puis frapper dans la table avec les deux mains)).

- A partir de l'item 5, apparaissent des perturbations où l'enfant arrête les mouvements après 3 séquences, il perd le contrôle et l'équilibre des séquences demandées parce que les mouvements demandés sont moins symétriques (frapper les mains puis taper sur la table avec le point droit et la paume de la main gauche).

- A partir de l'item 7, les mouvements deviennent plus complexes et variés, l'enfant n'est plus capable de suivre la séquence ni de suivre le début du geste. Il perd totalement la capacité d'effectuer les séquences de mouvements.

- On remarque l'existence de syncinésie faciale et des mouvements asymétriques des membres du corps (jambes) surtout après le 5^{ème} item.

A partir du 5^{ème} item, le cas ne peut plus contrôler séparément les mouvements de ses deux mains, ses mouvements sont devenus faibles et de forme hypotonique

IV-2.5 Le subtest Distinction de doigts :

* Distinction de doigts main dominante :

L'enfant doit placer sa main dominante sous le trou du cache (composante du matériel du test) la paume vers le bas, les doigts écartés, l'examineur touche un doigt ou deux, puis retire le cache et demande à l'enfant de lui montrer le doigt touché.

Pour notre cas, il a pu indiquer dans la plupart des items, le doigt ou les doigts touchés, sauf que dans l'item 7 et 14, il n'a pu indiquer qu'un seul doigt.

* Distinction de doigts main non-dominante :

La consigne administrée est la même que pour la fraction précédente. Notre cas a pu réussir les items mais à partir de l'item 18 et 21, il n'a pas pu nous indiquer les deux doigts touchés.

IV-3 Interprétation du domaine sensorimoteur de la NEPSY :

Ce niveau de la passation du test exige de la part du chercheur que nous sommes de confirmer notre 2^{ème} hypothèse. L'enfant épileptique exprime ses capacités psychomotrices d'une façon

particulière. Ses moyens d'expression ont été décelés chez notre cas à travers les subtests sensorimoteurs de la NEPSY.

Au vu des retards signalés dans les différents subtests, il est clair qu'il s'agit d'un retard général dans les fonctions sensorimotrices. Le cas attestant de l'existence d'un retard psychomoteur.

1/ * Le subtest Tapping : A travers ce subtest, on évalue la dextérité des doigts.

Concernant les résultats de notre cas, à ce subtest, le retard est à signaler par le constat d'une faible performance qui selon l'interprétation du manuel est relative aux difficultés :

D'organiser ; planifier ; coordonner et contrôler des mouvements fins des doigts c'est-à-dire échec de la coordination motrice fine

On a donc confirmé ce constat à travers les activités réalisées et suivies auparavant chez l'enfant, et surtout celles présentes dans la manipulation des cubes et des petits jouets où l'enfant n'est pas arrivé à bien contrôler son élan tonique et sa capacité de contrôle, comme par exemple organiser un ensemble avec un nombre de cubes pour faire une forme que j'ai demandé.

2/* subtest Imitation de positions de mains :

Ce subtest évalue les praxies et le traitement des informations tactiles, on a remarqué chez notre cas un retard significatif relatif au traitement inefficace des informations tactiles et kinesthésiques¹, et une difficulté à reproduire le schème des gestes du corps dans l'espace et sa représentation.

Cette interprétation apportée par le manuel confirme notre première hypothèse et les résultats éprouvés par l'utilisation des cubes du WISC III.

¹ Sensation d'origine musculaire renseigne sur les positions et les mouvements du corps.

3/* subtest précision Visio-motrice :

Ce subtest évalue les habiletés grapho-motrices fines. Chez notre cas d'étude, le retard dans cette fonction est apparent, sa performance est très lente mais précise, cela indique l'existence d'un problème de rapidité reflétant une compensation aux problèmes de coordination par un excès de travail soigné, c'est-à-dire que l'enfant recherche le contrôle de son appareil moteur rendu défaillant par la maladresse exagérée et inhibitrice.

On a remarqué la présence de ce genre de processus dans les activités graphiques et même dans les remarques des enseignants qui déclarent que l'enfant est très lent dans l'écriture et le dessin.

4/* subtest séquences motrices manuelles :

Ce subtest évalue la capacité d'apprendre et de pratiquer une série de mouvements rythmiques. Pour notre cas, le retard dans cet item est apparent, il se développe en fonction de la complexité du geste à produire.

Les difficultés dans ce subtest peuvent indiquer un déficit d'apprentissage des séquences motrices. De tels problèmes apparaissent chez des enfants décrits comme étant maladroits. La graduation dans la complexité des mouvements a provoqué chez notre cas un état de tension ; les mouvements du bas du corps, une rigidité dans les membres supérieurs du corps, et une perte totale de l'asymétrie des mouvements. On invoque à ce niveau la présence des pertes de contrôle moteur.

5/* subtest distinction de doigts :

Ce subtest évalue la capacité de percevoir des stimuli sensoriels (tactiles) sans l'aide de la vue, occasionnés par différents degrés de stimulation.

Les erreurs d'identification des deux doigts touchés simultanément (comme pour notre cas), après l'âge de 8 ans, peuvent suggérer la présence d'un retard du développement sensorimoteur ; ce subtest nous amène directement à supposer l'existence d'une asomatognosie spécifique à l'harmonie des différents segments du corps et leur agencement pour aboutir à une conscience corporelle située sur les bases du schéma corporel, cette conscience corporelle ou plutôt connaissance corporelle peut être perturbée chez l'enfant épileptique.

IV-4 Résumé des résultats de S.A à la NEPSY :

On peut remarquer que S.A souffre d'un retard moteur considérable constaté dans deux rubriques :

1/ un trouble de coordination simultanée et successive en travaux d'aboutissement des mouvements fins et précis.

2/ diminution de la rapidité.

Plusieurs signes d'immaturation motrice accompagnent ce retard :

* une hypotonie excessive altérant l'adaptation et l'efficacité du geste (remarqué dans le subtest 4).

* la persistance des syncinésies mettant en cause le pouvoir de contrôle de l'inhibition des muscles et le choix des actions musculaires à enchaîner.

* perte de contrôle des mouvements et de l'asymétrie due essentiellement au défaut de la sensibilité segmentaire interne défaillante de la coordination Visio-motrice constatée.

Chez S.A les syncinésies expriment une certaine façon d'économiser les gestes qui tiennent plus au blocage qu'à l'élégance d'un déroulement moteur aisé. S.A cherché à éviter la bévue¹, aussi est-il désorienté lorsqu'on lui demande d'accélérer son rythme ou lorsqu'on le prive de la possibilité de le voir ou le laisser alors face à ses difficultés inopérantes de représentation du corps.

Si nous comparons ces résultats révélés par le test, avec les comportements du quotidien de l'enfant, nous pouvons remarquer des états d'homogénéité et des états d'hétérogénéité. Ainsi par exemple, l'état hypotonique avec son manque d'initiative et de laisser aller signaler pendant la passation, peuvent être marqués de nouveau dans les activités graphiques et l'écriture. Par contre cette lenteur et ce manque de dynamisme sont inversés dans leur expressivité libérée à l'intérieur des espaces ouverts, agressivité et le manque de contrôle participent à créer un déferlement de la réaction tonique.

Cette hétérogénéité fonctionnelle nous renvoie au mode d'être disparate de l'épileptique qui se caractérise à la fois par la viscosité et le collage à l'objet externe, et par la lenteur et la lourdeur de l'initiative et également par la perte du contrôle et du dynamisme en période de crise. Cette constatation n'est pas négligeable surtout si on

¹ Bévue : inadvertance.

prend en charge l'anamnèse qui nous offre plusieurs pistes de compréhension.

Tableau III: Synthèse des séquences déterminant le fonctionnement psychomoteur participant à la structuration psychopathologique de l'épilepsie.

Les subtests sensorimoteurs de la NEPSY	Les items du subtest	Potentiels examinés à travers le subtest	Passation des subtests sensorimoteurs au cas S.A Epileptique	
			Les expressivités fonctionnelles chez l'enfant épileptique	Signe d'immaturation psychomotrice chez l'enfant épileptique
Le subtest : Tapping	<ul style="list-style-type: none"> * Tapping répétitive main dominante * Tapping répétitive main dominante *T. séquentiel main dominante *T. séquentiel main dominante 	<ul style="list-style-type: none"> * Dextérité digitale *Rapidité des mouvements * Latéralité 	<ul style="list-style-type: none"> * une performance faible à ce subtest indiquant les déficits de : la planification, l'organisation, la coordination. * Déficit de coordination motrice fine. 	<ul style="list-style-type: none"> * Difficultés de coordination visuo-manuelle (exprimer dans ce subtest par le guidage visuel des mouvements. * syncinésies faciales.
Le subtest : Imitation de position de main	<ul style="list-style-type: none"> * Imitation de position de main dominante. * Imitation de position de main non-dominante 	<ul style="list-style-type: none"> * Evaluer les praxies kinesthésiques (la possibilité d'imiter des positions). 	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement inefficace des informations tactiles et kinesthésiques. * Difficultés de reproduction des relations spatiales et leurs représentations favorisant l'hypothèse de la désorganisation praxique. 	<ul style="list-style-type: none"> * Rigidité tonique face à la complexité de la tâche. * Lenteur et lourdeur escamotant la maladresse

Le subtest : précision visuo- motrice	* Item : voiture- moto	* Motricité fine * Coordination visuo-motrice.	* Problèmes de rapidité. * Lenteur insupportable.	. * Rigidité tonique apparaissant dans le trait gras du crayon.
Subtest : séquence motrice manuelle	* Constitué de 12 items.	* L'aptitude à apprendre et organiser des séquences de mouvements.	* Incapacité d'apprendre des séquences motrices * Difficultés de régulation tonique permettant la continuité des séquences.	* La complexité de la tâche rend l'enfant en premier lieu rigide et très lent. * Cet état est suivi d'une hypotonie déformant totalement l'allure gestuelle. * Asymétrie et désorganisation du mouvement.
Le subtest : distinction de doigts	* Distinction des doigts main dominante. * Distinction des doigts main non- dominante	* La capacité de percevoir un stimuli sensoriel sans l'aide de la vue.	* Difficultés indiquant un retard dans les acquisitions sensorimotrices	

IV-5 Synthèse générale autour de l'épreuve cognitive et neuropsychologique.

**Tableau IV : Tableau comparatif et synthétique des subtests :
Cubes du WISC III, et sensorimoteur du NEPSY.**

Les synthèses pertinentes du subtest : Cubes du WISC III	Les synthèses pertinentes du subtest : sensorimoteur de la NEPSY
* Mauvaise intégration des repères spatiaux	* Difficultés de reproduction des relations spatiales (subtest : imitation de position de main).

<ul style="list-style-type: none"> * Difficultés de planification et de coordination dans la manipulation des cubes. * Mauvaise coordination visuo-manuelle (éclairée par les mauvaises positions des cubes). * Etat de tension tonique vis-à-vis de la complexité de la tâche à fournir (surtout après l'échec dans l'item 5 du subtest cubes). 	<ul style="list-style-type: none"> * Déficit de la planification, de coordination et d'organisation des gestes (subtest : Tapping). * Lenteur des gestes dans le subtest précision Visio-motrice qui masquent les difficultés de coordination Visio-motrice. * Rigidité et lourdeur des gestes devant les difficultés et les complexités des mouvements (comme dans le subtest : Imitation de position de main).
---	---

La confection de ce tableau nous permet de développer la similitude des zones défaillantes constatées par l'utilisation des subtests appartenant à deux outils différents (WECHSLER et NEPSY).

La désorganisation praxique soulignée expose l'immaturité psychomotrice participant à l'exercice d'un fonctionnement déficitaire de la pensée de l'épileptique dans son rapport au corps.

V-1 Présentation générale du test de schéma corporel :

Cette épreuve utilisable entre 4 et 11 ans permet d'évaluer le niveau de connaissance que l'enfant a des différentes parties du corps.

L'épreuve comporte quatre séquences :

- (A)- Le dessin du Bonhomme (1).
- (B)- L'épreuve du corps.
- (C)- L'épreuve du visage.
- (D)- Le dessin du Bonhomme (2).

Les épreuves relatives au corps (premier subtest) et au visage (deuxième subtest) se déroulent en 3 phases impliquant trois techniques différentes, de difficulté variable :

1- L'évocation : l'enfant doit reconstituer un corps et un visage à l'aide de différentes pièces détachées (que l'on retire dès qu'il les a placées, ce qui l'oblige à utiliser ses représentations mentales).

2- La construction : où il s'agit de reconstituer un personnage. L'enfant dispose toutes les pièces et doit les coordonner. La multiplicité des pièces (et les fausses pièces pour l'épreuve du profil) augmente la complexité de la tâche.

3- La reproduction : où l'enfant doit reconstituer un personnage (face ou profil) d'après un modèle.

L'épreuve du schéma corporel comporte deux niveaux en fonction de l'âge de l'enfant :

Représentation du corps et du visage de face, pour les 4-8 ans, et de profil pour les plus âgés (6 à 11 ans). L'épreuve de face convient non seulement aux enfants plus jeunes mais aussi aux enfants

présentant un retard intellectuel ou des difficultés instrumentales. L'épreuve du profil est plus difficile et il est préférable de proposer les deux épreuves avec un temps d'intervalle entre les deux. La comparaison des résultats de l'enfant avec le niveau du dessin du Bonhomme permet de voir s'il y a ou non concordance.

La notation comporte plusieurs éléments tenant compte de la reconnaissance, du choix et du placement des pièces. On obtient une note globale (face ou profil), une note globale pour la construction du visage ainsi que des notes partielles pour chacune des modalités : évocation, construction et reproduction. Cette épreuve peut être effectuée chez une population d'enfants normaux pour avoir une vue d'ensemble sur leur conception du corps, comme elle peut être utilisée dans les cas de pathologie spécifique comme les atteintes neurologiques de l'épilepsie et autres pathologies.

V-2 Passation du test du schéma corporel :

Pour procéder à la passation du test, nous avons préparé le cas par l'explication et la facilitation de l'administration du test à l'enfant. Dès le début de chaque épreuve, le cas choisit le dessin du Bonhomme, le chercheur prépare ce dernier à appréhender cette épreuve cordialement, malgré les difficultés et les échecs, l'enfant se familiarise aux différentes étapes du test, et refait l'épreuve après chaque échec, cela l'encourage à repasser le test.

V-2.1 L'épreuve du corps :

Avant d'administrer cette épreuve, nous avons demandé à S.A de nous faire un dessin du Bonhomme. Il dessine un Bonhomme avec pas beaucoup de détails, portant sur l'essentiel.

Au début de l'épreuve du corps face, S.A a pu connaître et nommer les membres composant le corps. Il a évoqué 6 pièces parmi 9 avec des décalages dans les positions. Néanmoins, les essais de l'enfant sont restés dans la zone de tolérance. Dans la deuxième phase (construction), il n'a pu mettre que 3 pièces à leurs places exactes, les pièces restantes ont été mal positionnées dépassant ainsi la zone de tolérance. La même remarque est soulignée pour la 3^{ème} phase (reproduction). Dans les deux dernières phases, on remarque que les difficultés apparaissent dans le positionnement des membres supérieurs (main, cou, bras), par contre, les membres inférieurs sont plus ou moins ajoutés au corps.

Dans l'épreuve du corps profil, S.A s'est trouvé gêné par le grand nombre de pièces présentées dans la phase "d'évocation", il n'a pu connaître qu'une seule pièce correcte (le tronc). Pourtant il a su nommer toutes les pièces dans la phase "construction" mais il n'a pu choisir qu'une pièce correctes (le tronc). On signale dans cette phase les problèmes de coordination Visio-manuelle déjà située précédemment dans la NEPSY, l'enfant montre des difficultés dans la mise en place des pièces, et fait beaucoup d'efforts pour arriver à des résultats moyens.

“Le profil” et la “face” sont deux gestalt perceptive, l’une exige plus d’efforts (le profil du corps), parce que non complète, l’autre, la “face” plus accessible.

Notre cas atteste par ces insuffisances, la présence de grandes difficultés dans l’épreuve Profile, cette épreuve exige plus de concentration et d’efforts perceptifs, ce qui à rendu S.A fragile et hésitant par rapport aux choix des pièces. Cela peut être commenté par les difficultés du représentatif chez notre cas surtout la représentation des gestalts.

Par contre, l’épreuve de “face” a été plus facile pour le cas, car un corps vu de face est plus facile à restituer mentalement comme image interne facile à évoquer au niveau de l’action qui consiste à l’assemblage des pièces.

V-2.2 L’épreuve du visage :

Dans l’épreuve du visage “face”, S.A a pu reconnaître 9 éléments, il a confondu entre la bouche et le menton et n’a pas pu reconnaître le sourcil. Il a évoqué correctement 6 pièces et il a manqué 6 pièces, l’évocation a été la plus difficile dans cette épreuve, par contre, la construction et la reproduction ont été plus faciles. L’enfant est devenu plus performant, il a bien localisé 9 pièces en construction et 8 pièces et en reproduction. Le problème de coordination est à remarquer aussi dans cette phase caractérisée par des difficultés motrices, dans la manipulation et l’emplacement des pièces à leurs endroits.

Concernant l’épreuve du visage-profile, on a noté un grand

Echec dans la reconnaissance. Il a confondu entre le front et l'oreille, les 3 phases (Evocation, construction, reproduction) ont été totalement échouées. L'enfant ne réussit à reconstituer aucune pièce malgré ses efforts de répétition, il est devenu de plus en plus tendu et finit par abandonner la tâche.

V-3 Interprétation du teste du schéma corporel :

V-3.1 Interprétation quantitative :

Nous avons formulé précédemment des restrictions méthodologiques quant à la validation des tests utilisés pour l'examen de l'épilepsie.

Nous ne pouvons pas étalonner l'utilisation du test, notre étude de cas comme nous l'avons fait remarquer précédemment, l'interprétation se fera sur 3 phases :

1- Reconnaissance : il s'agirait de rassembler le nombre des pièces correctement reconnues, dans l'épreuve de face notre cas a eu la note 9 dans les fractions corps-visage, en conversant cette note on âge au test on a eu l'âge 8 ans, et c'est l'âge minimal pour cette épreuve, cela veut dire que notre cas a bien atteint ce stade de développement du schéma corporel.

2- Choix : cette partie est particulièrement spécifique à l'épreuve de profil, il rassemble les pièces bien choisies dans les tâches déjà précédemment éclairées (évocation, construction, reproduction), notre cas a eu un échec massif dans cette épreuve, les résultats étaient les plus faibles du test et l'âge requiert était l'âge de 6

ans pour le visage et le corps, par contre, l'âge réel du cas était de 12 ans.

3- Placement : cette partie est particulièrement spécifique à l'épreuve de face, il rassemble le nombre de pièces bien placées et bien orientées, les résultats du cas à cette épreuve étaient moins déficitaires, pour l'épreuve du corps, l'âge au test était 6 ans, pour le visage 7 ans, l'ensemble de l'âge au test est 7 ans, on peut remarquer que le retard était d'environ 5 ans.

On remarque un retard dans l'âge au test d'environ 6 ans ce qui veut dire que l'acquisition du schéma corporel de notre cas n'est pas encore achevée, un problème général de coordination contribue à ce retard, il se manifeste dans l'échec des tâches d'évocation, construction, reproduction de la forme humaine demandé, ce fait témoigne que : S.A n'a pas assez de connaissances de son propre corps.

V-3.2 Interprétation qualitative :

1- Dans la présentation des résultats des éléments du corps qui font partie du test en rapport à la rubrique "la connaissance" où il est demandé à l'enfant de nommer les pièces qu'on lui montre. Le cas a eu de bons résultats par contre quand il s'agit de mettre ces pièces à leurs places dans l'épreuve d'exécution telles que : évocation, construction, reproduction, l'enfant se trouve face à des difficultés d'exécution du geste, ce fait s'exprime maladroitement dans les comportements de l'enfant. Pour son évaluation, le manuel suggère l'interprétation suivante : « une bonne reconnaissance des pièces

associée à une mauvaise exécution, peu renforcer une hypothèse de troubles praxiques »¹.

2- Les problèmes qu'affronte notre cas dans l'épreuve de « construction » sont répertoriés dans l'interprétation du manuel comme étant un probable problème de coordination remarqué chez des enfants nommés maladroits.

3- Selon le manuel, une note très faible dans l'évocation, ce qui est remarqué chez notre cas signifie une difficulté importante dans le processus d'intériorisation des images mentales. Ce constat est identique au résultat des cubes des WISC et les mêmes difficultés rencontrées dans ce subtest ont été signalées dans le test du schéma corporel, témoigne la présence d'une mauvaise structuration des données spatiales.

V-4 Résumé des résultats de S.A au test du schéma corporel :

Le schéma corporel est le potentiel exécutif résultant de plusieurs facteurs cognitifs et affectifs, il s'établit depuis les premières ébauches sensitivomotrices. L'activité circulaire permet la découverte des parties du corps, d'abord objet étranger et extérieur, puis enfin intégré jusqu'à la délimitation du corps propre. Il est admis selon Piaget, qu'il n'y a pas lieu de séparer structure cognitive et structure affective et pour arriver à l'étude des structures des troubles chez notre cas, nous essayerons dans la troisième partie de notre magister de

¹ C. Durat – Hmeljak, M. Stambak, J. Bergès : Manuel du test de schéma corporel : une épreuve de reconnaissance et de reconstruction de l'image du corps, édité par la société algérienne de recherche en psychologie, p 35.

restituer les comportements affectifs et leur impact sur les défauts des actes moteurs présents chez notre cas.

Troisième partie

Introduction :

Piaget a cherché à décrire l'évolution du fonctionnement cognitif par des observations directes et l'étude des diverses stratégies que celui-ci utilise pour résoudre un problème expérimental, il propose pour cela un système de stades de développement, dans ce chapitre, nous allons situer le stade de la pensée intuitive, car il intéresse notre but de recherche. Cette restitution va nous permettre de suggérer le style cognitif d'un enfant épileptique souffrant essentiellement d'un dysfonctionnement psychomoteur, dans une trajectoire relationnelle et affective favorisant l'entrave de ce type de pensée.

I-1 La perturbation de l'organisation des images mentales chez l'enfant épileptique :

Durant la période sensorimotrice l'intelligence de l'enfant repose sur la perception et la sensation immédiate, l'action prime sur la pensée. L'enfant n'agit que sur le mode de l'ici et maintenant, il est incapable de se faire une représentation mentale des objets et des évènements.

Pour Piaget : « la pensée représentative débute, par opposition à l'activité sensorimotrice, dès que, dans le système des significations constituant toute l'intelligence et sans doute toute conscience le signifiant se différencie du signifié ».¹ La représentation peut s'entendre en deux sens selon Piaget :

1/ au sens large, elle : « se confond avec la pensée, c'est-à-dire avec toute l'intelligence, ne s'appuyant plus simplement sur les perceptions et les mouvements (l'intelligence sensorimotrice), mais bien sur un système de concepts ou de schèmes mentaux ».²

2/ au sens étroit : « elle se traduit à l'image mentale ou au souvenir-image, c'est-à-dire à l'évocation symbolique des réalités absentes ».³

Par conséquent, et selon J.M. Dolle, si la représentation signifie indistinctement et selon le contexte, pensée ou image, il convient de distinguer "représentation conceptuelle" pour désigner la représentation au sens large et "représentation symbolique", ou

¹ J. M. Dolle : Pour comprendre Piaget, 3^{ème} édition, Paris, Dunod 1999, p 147.

² Opus cité, p 147.

³ Opus cité, p 147.

imagé, ou symbole et image, pour désigner la représentation au sens étroit : « dès lors que l'intelligence devienne représentative, une distinction s'opère au sein des significations établies par l'intelligence sensorimotrice, chaque objet est représenté, ce qui veut dire évoqué ou image ».¹ En d'autre terme, à chaque objet correspond progressivement une image "mentale" qui permet à l'enfant d'évoquer cet objet en son absence.

Ce processus représentationnel suppose ce que Piaget appelle la fonction symbolique ou sémiotique, elle prend les formes suivantes : le langage, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin, le jeu symbolique. La fonction symbolique conçue selon Piaget : « en tant que mécanisme individuel dont l'existence préalable est nécessaire pour rendre possibles les interactions de la pensée entre les individus et par conséquent la constitution ou l'acquisition des significations collectives ».²

La fonction symbolique : « permet de représenter les objets ou évènements non actuellement perceptibles en les évoquant par le moyen de symboles ou de signes différenciés ».³ La capacité évocatrice, c'est la fonction symbolique ou sémiotique, les moyens ce sont les langages, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin, le jeu symbolique.

En revenant à notre cas, la défaillance dans ce domaine spécifique de la pensée préopératoire est apparente dans la mesure où

¹ Opus cité, p 148.

² Opus cité, p 148.

³ Opus cité, p 148.

notre cas S.A trouvait de grandes difficultés à intérioriser une image mentale et à la restituer réellement (c'est-à-dire dans des activités), ce fait apparait dans les subtest cubes du (WISC III), où S.A ne pouvait plus faire le modèle demandé à partir du 5^{ème} item, il fixait plus longtemps le modèle par son champ visuel et orientait sa vision loin du modèle, il devenait perturbé et incapable de rassembler les cubes, il ne pouvait pas se détacher de la perception actuelle et constituer un modèle interne, une "image mentale", son attachement au perçu, sa dépendance au concret (ses mécanismes font partie des structures du stade sensorimoteur) rendait son action plus rigide et sa réflexion plus fragile.

La même remarque peut être faite concernant le test du schéma corporel. Dans ce test, S.A représentait un grand échec dans la phase "évocation", cette phase fait appel à la capacité d'évoquer les segments de l'image d'un corps humain intériorisé mentalement, et le situer dans un modèle réel, mais pas dans sa totalité. Cette phase exige à la fois une très bonne capacité d'intériorisation (capacité à élaborer des images mentales comme formes copiées du réel), et évoquer ses images, l'échec de ce subtest témoigne que S.A a un grave déficit concernant sa pensée représentative commenté par les difficultés à intérioriser et en même temps évoquer des images qui seront un aliment de la future pensée opératoire.

Ces remarques autour des résultats des subtests "cubes" du WISC III, et la phase "évocation" du test du schéma corporel, témoigne des difficultés de l'enfant épileptique à appréhender la

réalité par rapport à ce qu'il vit intérieurement, il ne peut pas faire la superposition de ces deux niveaux, Wallon s'exprime à ce sujet en disant : « La réalisation mentale par l'épileptique des images, des idées, d'un raisonnement exige tout un effort de réalisation par le geste, l'attitude, l'évocation verbale. Il lui faut s'appesantir sur le détail des choses au lieu de leur substituer rapidement et implicitement leur symbole ». ¹

A ce point-là, nous pouvons remarquer les difficultés de l'épileptique concernant la structuration de la pensée représentationnelle.

I-2 L'aspect symbolique de la pensée intuitive :

L'intelligence accède au niveau de la représentation par l'intériorisation de l'imitation elle-même favorisée par la mise en place de la fonction symbolique. L'enfant accède alors au langage et à la pensée, il élabore également des images qui lui permettent, si l'on peut dire, de transporter le monde dans sa tête.

L'enfant ayant construit le mode sur le plan représentatif, il le construit à partir de lui-même : c'est ce que Piaget appelle « l'égoцентризм intellectuel », l'enfant à cette période n'aborde les choses que de son point de vue.

La représentation de l'enfant évoque des réalités particulières par conséquent symboliques. Elle se fonde sur un système de relation entre la chose et son correspondant imagé que le langage n'est pas propre à exprimer pour autant que la vision intuitive et particulière, et ce

¹ H. Wallon : Les enfants dits pervers, in enfance, vol. 12, 1959, n° 12-3-4, p 431.

faisant, pratiquement incommunicable. Cette domination d'une pensée par images enferme l'enfant en lui-même, cette pensée symbolique est selon Piaget, une pensée non socialisée. L'égoцентризм de l'enfant se manifeste à trois niveaux :

1/ Le réalisme enfantin consiste : « en une tendance spontanée et immédiate à confondre le signe et le signifié, l'interne et l'externe ainsi que le psychisme et le physique... ». « l'enfant n'ayant pas la conscience de sa subjectivité, tout le réel est étalé sur un plan unique par confusion des apports externes et des apports internes. Le réel est imprégné des adhérences du Moi et la pensée est conçue sous l'influence des aspects de la matière physique... tout l'univers est censé être en communion avec le Moi et obéir au Moi ». ¹

2/ l'animisme enfantin : est la tendance à considérer les choses comme vivantes, dotées d'intention et de conscience. L'enfant prête aux choses une conscience ou plutôt une morale destinée à expliquer leur hiérarchie et leur régularité. Ainsi : « La nature présente un continuum et un réseau de mouvements intentionnels plus ou moins solidaires les uns des autres et gravitant tous autour de l'humanité en vue de son bien » ².

3/ L'artificialisme : est chez l'enfant la tendance à croire que les choses ont été construites par l'homme ou par une activité divine, ouvrant à la manière d'une fabrication humaine.

¹ Tran-Thong : Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine, librairie philosophique J. Vrin, 1992, p 51.

² Opus cité, p 51.

Selon Piaget la pensée de l'enfant à ce stade repose sur des préconcepts qui sont particuliers en ce sens qu'ils évoquent des réalités elles-mêmes particulières. En tant que tels, ils ont leur corrélat imagé ou symbolique propre à l'expérience de chaque sujet. L'enfant n'ayant donc pas rangé tous les éléments du réel sous des classes générales, pense par individualité, c'est pourquoi le signifiant est chez lui un symbole, et le signifié un "concept". Sa représentation est imagée et symbolique ; celle de l'adulte conceptuelle.

Dans le prochain passage, nous allons essayer de synthétiser les différents obstacles qui empêchent l'enfant épileptique de faire le passage de la pensée égocentrique à la pensée opératoire et formelle.

I-3 Les principaux axes de la pensée intuitive et leur entrave chez l'enfant épileptique :

La pensée intuitive est une pensée qui ne parvient pas encore à faire des liens entre les différents éléments ni à établir des relations d'emboîtement. L'intuition est en fait dans l'acceptation piagétienne, une pensée imagée qui porte sur des configurations d'ensemble et non plus sur des figures simples, elle est la première ébauche de la pensée opératoire parce qu'elle s'opère sur le réel, sur ce que l'enfant voit et sur la compréhension qu'il se fait de la réalité, mais elle est incomplète parce qu'elle ne peut se détacher des aspects perceptifs et qu'elle demeure irréversible au sens unique. Piaget propose deux formes d'intuition : 1/ l'intuition simple : elle implique l'évocation par l'image, d'une figure statique imitant la perception suivie de cette

configuration spatiale limitée. Son but est d'engendrer des schèmes rigides et irréversibles.

2/ L'intuition articulée : marque un progrès, le schème est devenu assez souple pour anticiper et construire une correspondance. Mais il est encore irréversible puisqu'il suffit de déranger une correspondance optique pour que l'enfant ne puisse plus se présenter l'ordre primitif.

Un autre élément capital caractérisant cette phase est la "centration" sur les aspects perceptifs, le fait que la perception domine la pensée de l'enfant de cet âge. La centration veut dire que l'enfant ne perçoit qu'un aspect de la situation en ignorant les autres. Piaget s'exprime à ce sujet et dit que : « l'intuition évolue dans le sens de la décentration. Chaque déformation poussée à l'extrême, entraîne la ré-intervention des rapports négligés. Chaque mise en relation favorise la possibilité d'un retour. Toute décentration d'une intuition se traduit ainsi par une régulation qui tend dans la direction de la réversibilité, de la composition transitive et de l'associativité, donc au total de la conservation par coordination des points de vue ».¹

Deux faits essentiels à ce mécanisme qui est la concentration, sont :

- l'irréversibilité de la pensée de l'enfant qui n'arrive pas encore à faire l'opération mentale au sens inverse.

- la conservation fait référence à la compréhension par l'enfant que toute quantité de matière ou de liquide est conservée quelque soit les transformations que subit son apparence.

¹ Opus cité, p 55.

Dans l'intuition on peut distinguer deux aspects : aspect figuratif lié aux images mentales et aux perceptions, et aspect opératif qui dérive de l'action. Piaget déclare que : « on peut distinguer parmi les fonctions cognitives deux grands catégories de la connaissance, l'aspect figuratif et l'aspect opératif. Le premier tend à atteindre les caractères figuraux de la réalité, c'est-à-dire la configuration comme telle et on peut y rattacher : a/ la perception, b/ l'imitation, c/ l'image mentale. L'aspect opératif caractérise au contraire les d'expression cognitive ou de déduction consistant à modifier l'objet de manière à atteindre les transformations comme telles. Ce sont : a/ les actions sensorimotrices (sauf imitation) seuls instruments de l'intelligence sensorimotrice s'organisant avec le langage, b/ Les actions intériorisées prolongeant les précédentes dès un niveau encore préopératoire, c/ Les opérations proprement dites de l'intelligence représentatives, ou actions intériorisées réversibles, et s'organisant en structures d'ensemble ou système de transformations. Or les aspects figuratifs de la connaissance portent surtout sur les "état" de la réalité, encore que l'on peut percevoir ou imiter ou imaginer des transformations mais en leur prêtant alors un caractère figuratif, direct (gestalt de mouvements, etc.) ou symbole (images transformations) ». ¹

Sur la base de ces données théoriques, nous allons essayer d'analyser les données de notre passation du subtest cubes du WISCIII. Pour S.A on voit qu'il ne profite encore que de l'intuition simple, car à partir de l'item 4, qui contient une forme un peu plus

¹ J. Matangero : Piaget ou l'intelligence en marche, édition Mardaga 1994, p 178-179.

complexe que l'item 1, 2 et 3, la tâche et devenue difficile nécessitant une intuition articulée et faisant appel à des processus tels la réversibilité. Mais S.A n'est pas parvenu à franchir l'étape de l'intuition simple, et de profiter des débuts de la notion de réversibilité faute de pouvoir dépasser la représentation des configurations qui restent statiques en dépit d'une articulation interne.

Une autre observation peut être rapportée à ce niveau concernant le déficit de la pensée intuitive, c'est la capacité d'accéder aux processus décentratifs, S.A est encore centré, il ne peut faire envisager toutes les figures d'une situation, il se fixe comme dans le subtest5 sur une seule figure de la situation, il fait plusieurs essais n'appelant qu'une seule forme, l'irréversibilité qui peut apporter secours à S.A en ce genre de situation est absente, on voit qu'il ne coordonne pas les différents points de vue qui peuvent lui permettre d'arriver à une solution. Ce processus d'intégration de la situation et de l'estimation des différentes formes que peuvent prendre cette situation fait aussi appel à la capacité de conservation, qui à son tour, permet de combiner entre les différentes positions que peut avoir une figure, il ne perçoit la forme que d'un seul point de vue, sa pensée est rigide et manque de mobilité.

On peut conclure que S.A souffre d'un défaut de décentration perceptive, sa pensée se base essentiellement sur l'aspect perceptif, ce qui a été remarqué dans les items 4 et 5 du WISC III, où les cubes bicolores ont entravé son activité d'arrangement car, leur forme a été changeable et transformable en deux facettes nécessitant un gestalt

sélectif. On voit que S.A est incapable d'accéder à une constance perceptive. Et il n'a pas le pouvoir de construire la permanence de l'objet, par contre il se colle aux objets perçus.

I-4 Entrave de la pensée intuitive et la désorganisation praxique chez l'enfant épileptique :

Piaget définit les praxies comme étant : « Les praxies ou mouvements ne sont pas des mouvements quelconques, mais des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention ».

Dans un article intitulé : Les praxies chez l'enfant, Piaget pose lui-même la question en ces termes : « le problème essentiel de l'interprétation des praxies est de dissocier ce qui tient à l'aspect figuratif et aux opérations comme telles de manière à ce que dans une praxie constructive, on puisse distinguer ce qui relève de l'intelligence ou ne relève que de la figuration symbolique ».

Pour Piaget, la réalité même de l'intelligence, de la connaissance est l'établissement de relations, la coordination d'actions.

Il distingue deux grandes périodes dans le développement de l'enfant : avant et après la constitution de la fonction symbolique, celle-ci survenant vers l'âge de 18 mois. Une autre essentielle à la constitution des praxies survenant après la constitution de la fonction symbolique. La praxie constructive se situe dans cette période. La "fonction symbolique" résulte d'une différenciation entre les signifiants et les signifiés. Les symboles et les signes une fois

différenciés de leurs signifiés permettent alors d'évoquer des objets ou des situations non actuellement perçus, c'est-à-dire qui constitue le début de la représentation.

Comme on le fait dans le précédent passage, la pensée représentative comporte deux aspects différents : L'aspect figuratif et l'aspect opératif, c'est cette distinction qui est intéressante pour notre propos, car elle nous permettra de mieux analyser la nature des praxies constructives.

: « L'aspect figuratif est tout ce qui se rapporte aux configurations statiques comme telles par opposition aux transformations ». Il caractérise les formes de cognition qui du point de vue du sujet, apparaissent comme des copies du réel.

: « L'aspect opératif caractérise les formes de connaissance consistant à modifier l'objet ou l'évènement à connaître de manière à atteindre les formations comme telles ou leur résultat ». Cette opérativité porte au cœur de développement sur des matériaux différents schèmes sensorimoteurs au début schèmes imagés, intuitifs entre 2 et 7 ans, enfin schèmes opératoires.

Au cours du développement, il existe un synchronisme entre les aspects opératif et figuratif mais tout l'œuvre de Piaget tend de prouver que c'est l'aspect opératif qui a le rôle directeur, mais comme le dit Inhelder : « à chaque moment du développement l'opérativité oriente la formation des symboles imagés en leur conférant des significations et en revanche les signifiants figuratifs une fois

constituer favorisent l'acquisition et la fixation de l'information qui sert de matière à la pensée. ».

Ces deux aspects étant ainsi distingués il nous reste à envisager leur rôle dans la représentation spatiale, les praxies constructives étant des praxies qui ont comme but de reproduire des relations spatiales.

D'après les deux auteurs, le rôle de l'aspect figuratif et en particulier de l'image mentale, n'est pas le même selon le type de l'opération à laquelle il sert de support. Les images mentales constituent le support privilégié des opérations spatiales car dans l'image spatiale le symbolisant est spatial : comme le symbolisé.

Nous voyons donc le rôle que joue l'image mentale dans le développement spatial.

A ce point-là, nous pouvons estimer que l'aspect figuratif et opératif et leurs fonctions dans les structures de l'intelligence de l'enfant influence énormément sur l'organisation du geste (praxies), à travers la constitution des éléments formateurs de l'organisation spatiale. Nous allons maintenant essayer d'analyser ces éléments qui joint le pensif et la motricité chez notre cas épileptique.

Nous avons remarqués chez notre cas S.A, à travers la passation du subtest cubes du WISC III un grave déficit dans l'aspect opératif de la pensée, précisément un déficit dans le figuratif visuel caractérisé par : manque d'anticipation de l'action, difficulté à se détacher du concret ; incapacité de se libérer de la perception instantanée. A travers notre passation, nous avons remarqués que S.A s'attache à l'image donnée dans le carnet stimulus, plus qu'il n'essaye de restituer

le modèle, ses difficultés à faire le transport visuel entre le modèle fourni et les cubes était handicapante, surtout après le 4^{ème} item, ce va-et-vient entre le carnet stimulus et les cubes le rendrait rigide et lent, il avait l'air d'avoir perdu confiance, de ne plus voir la nécessité de faire cette jonction entre la représentation interne défaillante et le monde extérieur représenté par les cubes bicolores, qui était la tâche nécessaire à l'effectuation des subtests cubes du WISC III, il est devenu très attaché à un figuratif confus et rigide, son attachement au support imagé, figuratif, le perturbe, sans qu'il ne pouvait le décrypter ni lui donner un sens.

On peut dire que cet attachement aux images, au figuratif visuel, peut être une perspective de la part de l'enfant pour résoudre cette impasse du réflexif, cette incapacité à mettre une relation entre le pensée et l'agit, entre l'acte et la pensée mais en même temps elle constitue un vrai handicap favorisant l'inhibition qui est engendrée par la perte du support perceptif.

On peut qualifier aussi ce style cognitif comme un mode défensif, comme chez S.A sensible à l'impact de la réalité externe surtout par rapport à l'épilepsie de son père qui est une source d'angoisse, une mort présumée qui revienne chaque fois que son père fait sa crise grand mal.

Cette réalité déstructurante explique l'utilisation permanente de S.A de la représentation en image, parce que les images facilitent la projection et appellent sur un mode défensif le refoulement qui permet

de n'y rien comprendre ou de n'y rien voir en vue de s'adapter à cette réalité angoissante.

Analysant maintenant un autre paramètre de l'organisme praxique chez S.A, qui est la désorganisation spatiale, sûrement la mauvaise intégration des repères spatiaux et subordonnés au déficit du figuratif qu'on vient d'évoquer mais son influence peut être plus grave que le déficit principal. Wallon dans cette même perspective renvoie les désorganisations praxiques à une perturbation de l'organisation spatiale, elle prend deux formes : 1/ soit le mouvement ou l'action est lié à quelque chose d'externe et le problème vient de l'incapacité à adapter le schéma des mouvements volontaires à la structure des objets. 2/ soit l'incapacité est de nature plus interne et concerne l'intégration des mouvements en référence au corps propre du sujet, cette deuxième forme correspond à l'état de notre cas qui ne peut pas faire la jonction entre l'action et la réflexion et s'attache plus à des images mentales qui ne sont pas nécessairement conformes à la structure générale présumée par le mouvement. Wallon confirme que cet état de non-discrimination est lié au fait que l'espace externe et l'espace personnel ne correspondent plus et l'espace personnel est si perturbé qu'il y a confusion entre les différentes parties du corps. Nous pouvons analyser cet état de non-discrimination par rapport à la confusion que subit l'épileptique suite à la répétition des crises, H. Beauchesne voit que : « La crise réalise une discontinuité imprévisible dans le temps vécu, elle est aussi une perte de contrôle de fonctions élémentaires, motrices, mais aussi sensorielles, sensibles et

végétatives, atteintes fonctionnelles difficiles à situer par rapport aux limites corporelles, soit comme un danger externe soit comme un danger interne : défaillance adaptative brusque sans cesse donnant l'expérience vécue d'une désorganisation catastrophique et confusionnelle »,¹ R. Soulayro partage ce point de vue et déclare : « Or, espace et temps, corps et psychisme, sont fortement bousculés dans le vécu de l'épileptique, et leurs représentations altérées finissent par retentir sur l'organisation même de la structure de la personne »², il suppose aussi que l'épilepsie est une maladie de l'espace temps, car l'épileptique affronte toujours cette discontinuité dans son vécu, il est dans l'espace temps, en même temps il n'est pas là au risque de faire une crise. R. Soulayro va plus loin dans son analyse et prévoit que l'épilepsie type absence dont souffre notre cas S.A, est la plus fécondatrice du désordonnement moteur, et les plus désorganisatrices de la conception de l'espace chez l'enfant parce inapparente, elle ne suscite pas l'inquiétude de l'entourage, ce qui provoque chez l'enfant une confusion concernant son état étrange senti après la crise et l'insouciance de son entourage, on peut supposer ces constats sur notre étude de cas qui a subi les crises, absence à partir de l'âge de 4 ans, il n'a fait de traitement qu'à l'âge de 7 ans. On peut conclure que, 2 ans de crise ne peuvent qu'infecter manifestement à la fois la structure cognitive et la construction des structures spatiales.

¹ H. Beauchesne, G. Broussard : **L'épilepsie chez l'enfant**, in Lebevic, R. Diatkine, M. Soulé : **nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, v2, 2^{ème} édition Paris PUF, 2004, p 747.

² R. Soulayro : **L'épileptique entre l'avoir et l'être**, Revue épilepsie, vol 14, n°1 mars 2002, p

Tableau V : synthétique des différentes entraves de la pensée intuitive chez le as S.A :

Caractéristique	Description	Expressivité du cas S.A
* Intériorisation des images mentales.	- c'est la capacité d'évoquer les objets et leur absence	S.A est incapable d'intérioriser et d'évoquer les images mentales, ce fait a été exprimé pendant le test du schéma corporel dans la partie évocation où il a reçu un grand échec et le subtest cubes du WISC III où il n'est pas arrivé à restituer la forme sans voir le carnet stimulus
* Le passage de la centration à la décentration	La centration est le fait de percevoir un aspect de la situation au détriment des autres, la décentration c'est le fait de se libérer de la centration et de la perception instantanée.	S.A est incapable de se décentrer de sa perception immédiate, il perd tous les repères en quittant l'objet perçu de la vue.
* réversibilité	La capacité de faire	Les échecs de S.A aux cubes

	l'opération en sens inverse.	bicolores prouvent que S.A ne peut envisager qu'une seule figure à la situation posée, ce qui fait le blocage, c'est le défaut de la réversibilité.
Le passage de l'intuition simple à l'intuition articulée	L'intuition simple est l'évocation par image d'une figure statique. L'intuition articulée : apparition de schèmes complexes permettant d'anticiper et de construire la correspondance entre les choses.	S.A n'utilise encore que l'intuition simple, il se base dans ses activités que sur les images statiques, la preuve, son échec au cube 5 du WISC car en transportant sa vue et en quittant l'image, il se trouve face à son incapacité de faire de l'intuition articulée qui se base surtout sur l'anticipation guidée par la survenue de schèmes complexes.
Le passage de la pensée figurative à la pensée opérative	- le figuratif est une pensée en image. - l'opérative est une pensée qui consiste à modifier les	S.A se penche dans son activité réflexive sur les images et le passage de l'image à l'acte est défaillant chez lui ce qui a été

	choses et les objets à partir d'un acte soutenu par une image figurative.	remarqué dans les cubes 4 et 5 du WISC III où on a vu que le figuratif visuel bloque le passage de la pensée à une opérativité qui peut libérer sa pensée de la dépendance à la perception.
--	---	---

Introduction :

Tous les auteurs qui ont travaillé sur la psychomotricité sont engagés à viser la relation entre le moteur et le psychologique. Wallon a montré que l'activité motrice avait deux orientations, l'une tournée vers le monde extérieur, est composée de mouvements proprement dits : c'est l'activité cinétique. L'autre maintient dans le muscle une certaine tension qui devient ainsi l'étoffe dont sont faites les attitudes, la posture et la mimique : c'est l'activité tonique. Clonus et tonus sont étroitement intriqués, et dans toute son œuvre, Wallon a insisté sur l'incessante réciprocity des attitudes, de la sensibilité, de l'accommodation perceptive et mentale.

Ajuriaguerra insiste sur le rôle de la maturation psychomotrice qui dépend énormément des processus d'inhibition, processus qui permettent la régulation et la perfection du geste.

Ces régulations psychomotrices ne peuvent pas être détachées de leur sens affectif, elles font partie d'un système relationnel général participé par le biais des activités toniques d'échange. Dans ce chapitre nous allons essayer d'englober tous les paramètres participant dans l'instauration ou la désorganisation des fonctions psychomotrices chez notre cas épileptique.

II-1 Désorganisation tonique chez l'enfant épileptique :

II-1-1 L'entrave du dialogue tonique chez l'enfant épileptique :

Pour Ajuriaguerra l'organisation psychomotrice passe schématiquement par 3 phases, nous allons nous intéresser dans ce passage aux deux premiers et nous allons aussi voir leurs perturbations chez notre cas d'étude :

- Le premier niveau est l'organisation de la charpente motrice : organisation tonique de fond : « c'est-à-dire disjonction des freins toniques, organisation proprioceptive vestibulaire disparition des réactions primitives »¹. Ces réactions globales vont devenir selon Ajuriaguerra plus tard spécifiques de telle ou telle source d'excitation mais elles restent plus ou moins globales, car les sources de réactions toniques sont relativement limitées : rigidité, relâchement, excitation, stupeur. Cette période est aussi caractérisée par la prégnance des mouvements spontanés qui sont des mouvements ne répondant pas nécessairement à un but.

- Le deuxième niveau est l'organisation du plan moteur, Ajuriaguerra pense que l'enfant passe : « de l'intégration successive à l'intégration simultanée. La mélodie kinétique se caractérise par la mobilité approfondie dans le temps et dans l'espace de formes qui se forment, qui se font en se faisant, nous évoluons schématiquement du plan métamérique qui est freiné par sa propre organisation, vers une labilité fonctionnelle dont le développement porte lui-même ses bases

¹ J De Ajuriaguerra, G. Bonvalot-Soubiran : **Indication et technique de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile**, in : G. Labès, F. Joly : Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, V1, p 59.

de construction par rapport à une grande plasticité du fonctionnement de formes anatomiques et par rapport à un plan gnosiologique et social découvert et progressivement accru ».¹ Les mouvements dans cette phase auront un caractère plus ou moins intellectuel et vont se distinguer par rapport aux différents buts parcourus par l'enfant.

- A travers la constitution de ces deux premières charpentes, l'enfant va arriver à coordonner ses gestes en fonction d'un but précis à atteindre et finira par arriver à réaliser une adresse manuelle, réglée à travers deux processus :

1/ Les points d'appui fournis à la main par les autres parties du corps. Ils doivent s'ajouter progressivement suivant l'effort à fournir car le geste modifie l'équilibre général en fonction de l'attitude du corps, il doit y avoir une substitution graduelle de l'attitude au geste, sans quoi celui-ci manquerait de circonstance, de continuité ; de régularité et de précision.

Pour notre cas, cette capacité de substituer l'attitude au geste est totalement absente par contre le geste perturbe l'attitude générale du corps, ce fait peut être remarqué dans le subtest Tapping de la NEPSY, où nous avons remarqués que les difficultés de S.A à effectuer les positions demandées provoquent chez lui un état de tension, changeant son attitude d'un état de souplesse à un état de rigidité, surtout après quelques échecs, S.A ne pouvait pas suivre la continuité du mouvement demandé, il faisait plusieurs opérations incorrectes.

¹ M. Stambak, S. L'Héritier, M. Auzias, J. Bergès, J. De Ajuriaguerra : Les dyspraxies chez l'enfant, in F. Joly, G. Labès : opus cité, V2, p 159.

La régularité faisant partie de la coordination du geste était totalement absente, on a remarqué que les gestes faits par l'enfant au début étaient conformes à la consigne demandée, mais après quelques essais, la tension musculaire diminuait et de geste devenait irrégulier.

Nous pouvons remarquer dans le subtest "séquences motrices manuelles" que les difficultés rencontrées dans la production des mouvements rythmiques échangeait totalement l'attitude de S.A, il devient après quelques échecs rigides, les jambes qui n'ont de relation avec les mouvements à produire bougeaient et l'ensemble du corps était perturbé.

On peut dire en général, c'est que S.A n'a pas encore réussi à mettre un équilibre entre les gestes, surtout les gestes des bras et l'attitude générale du corps ce qui explique sa non capacité à faire le contrôle tonique et à coordonner les gestes.

2/ le degré de contraction des muscles au repos : « il s'agit là de ce que les neurologistes appellent le tonus permanent ou le tonus de base : extensibilité des articulations, consistance des muscles. Une excessive hypo ou hypertonie peut nuire à l'adaptation efficace du geste »¹.

On peut voir que S.A souffre d'un grand manque dans le domaine de l'extensibilité musculaire, ses contractions musculaires sont rigides, cette rigidité s'aggrave de plus en plus suivant la complexité de la tâche, nous avons dégagé cette remarque du subtest "précision visuo-motrice" de la NEPSY, où la production du trait

¹ Opus cité, p 159.

était très gras, S.A appuie intensément sur le crayon, sa musculature était tirée, ses yeux étaient figés sur la feuille (signe de raideur tonique), il était très lent.

Nous croyons que l'hypotonie dont souffre S.A et sa complexité sa raideur ou rigidité musculaire et le manque 'extensibilité a pour but de masquer le manque de coordination en même temps S.A essaie d'arriver à un certain niveau du contrôle tonique dont il manque.

II-1-2 Le rôle des facteurs affectifs dans la perturbation tonique chez l'enfant épileptique :

Le relationnel participe énormément dans l'instauration de la fonction tonique et vice-versa, cette interrelation a été proposé par beaucoup d'auteurs. On peut envisager qu'Henri Wallon est l'un de ces principaux auteurs. Pour Henri Wallon : « le tonus accompagne le mouvement, lui donnant le soutien qui est nécessaire à sa progression régulière, au dosage exact que peuvent exiger les résistances rencontrées. Répandu dans tout l'ensemble du corps, il y assure l'équilibre nécessaire à l'exécution de chaque geste en réalisant l'attitude, soit stable, soit mobile, qui s'appuie aux différentes phases de l'acte »¹.

Ce tonus qui prépare et guide le geste, s'exprime en même temps par la satisfaction ou le malaise du sujet, il n'est pas seulement une partie technique du geste.

Wallon s'intéresse dans le phénomène tonique à la fonction posturale qui est essentiellement liée à l'émotion, c'est-à-dire à

¹ H. Wallon : De l'acte à la pensée : essai de psychologie comparée, Ed Flammarion, 1970, p 148.

l'extériorisation de l'affectivité, elle est à la fois action sur autrui et assimilation d'autrui.

« Incapable de rien effectuer par lui-même (le nouveau-né) est manipulé par autrui, et c'est dans les mouvements d'autrui que ses premières attitudes prendront forme »¹.

Cette relation tonico-émotionnelle a essentiellement une valeur formative de la personnalité :

« C'est dans les tous premiers débuts de la vie psychique dans sa période affective, que l'évolution de la personne prend son origine. Sans doute, est-elle déjà profondément influencée par les réactions sous-jacentes ou antérieures de la vie neurovégétative : L'équilibre viscéral des premières semaines et des premiers mois peut déjà orienter les assises profondes du futur comportement. Quant aux prises de contact, le sujet et l'ambiance, elles sont d'ordre affectif : ceux sont les émotions »².

: « Les réactions posturales ont donné naissance à un système de comportement qui, partant des attitudes et dispositions suscité en chacun par la diversité des situations, paraît avoir servi aux relations des individus entre eux »³.

Le caractère formatif de la relation tonico-émotionnelle est encore soulignée par Wallon dans ce qu'il nomme la "symbiose affective" qui succède à la "symbiose physiologique" première entre l'enfant et la mère et crée des comportements qui ne sont plus

¹ H. Wallon ; **Le rôle de l'autre dans la conscience du Moi**, in enfance, tome 12, n°3-4, 1959, p 281.

² Opus cité, p281.

³ H. Wallon : **Les origines du caractère chez l'enfant**, Paris, P%UF 1954, p 150.

« seulement des cris en rapport avec les soins maternels dont il a besoin, mais des sourires et des signes de contentement qui sont déjà un lien purement affectif entre lui et ceux qui se donnent la peine d'y répondre. A partir de six mois, l'enfant vit presque autant de ses rapports humains que de son alimentation matérielle »¹. La pensée de Wallon rejoint ici exactement celle de Spitz.

Wallon a toujours insisté sur le caractère fondamentalement social de l'enfant mais comme le dit Ajuriaguerra : « le processus de socialisation n'est pour lui la simple et immédiate incorporation de l'individu comme partie d'une totalité sociale antérieurement constituée et cela par l'assimilation d'une pensée collective dont sa pensée serait que le reflet ; le processus de socialisation passe par la relation duale, par la participation affective »².

La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tout le développement ultérieur du sujet, fusion qui s'exprime selon Ajuriaguerra, au travers des phénomènes moteurs dans un : « dialogua qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que l'un de nous a appelé « le dialogue tonique ». Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communication affective, ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps »³.

« La relation tonique n'est en effet, qu'expérience du corps et à l'inverse le corps est le produit vécu de cette expérience tonique. De la

¹ H. Wallon : **les étapes de la sociabilité chez l'enfant**, in enfance, tome 12, n° 3-4, 1959, p 312.

² J. De Ajuriaguerra, René Angelergues : **De la motricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon**, in G. Labès, F. Joly : opus cité, tome1,p 192.

³ Opus cité, p 193.

psychomotricité comme fonction de relation - en plein sens du terme - Wallon est donc conduit à poser le corps comme instrument de relation, et c'est comme tel qu'il est primitivement vécu et assimilé par le sujet (...) Le corps est donc intégré aussi bien objectivement que subjectivement comme connu et comme vécu, en tant que corps en relation et non en tant que forme ou masse abstraite, considérées en soi. D'autre part le corps en relation, n'est intégré que par l'intermédiaire du corps d'autrui et dans la mesure où le corps propre se projette dans ce corps d'autrui et l'assimile en premier lieu par le jeu du dialogue tonique »¹.

Après ce bref aperçu concernant le développement psychologique et sa relation au progrès tonique, nous allons maintenant proposer les grands moments de l'histoire du cas de notre étude, cette lecture nous permettra de dégager les spécificités de la relation affective et ses entraves toniques chez S.A.

La famille de S.A est une famille modeste, le mariage des parents était un mariage désiré, les premiers mois de la vie conjugale se sont passés sans conflit, les futurs parents attendraient la venue au monde d'un enfant qui sera la sœur innée de S.A. Cette première situation familiale stable, va être basculée, c'est avant la naissance de la première fille qu'apparaît cette rupture où la jeune épouse a été percutée par l'état de son mari qui a fait pour la première fois sa crise d'épilepsie devant elle, cet événement tragique va changer tout le parcours des états relationnels au sein de la famille. La mère qui

¹ Opus cité, p 194.

n'était pas au courant de la maladie de son mari a été gravement frustrée. Après cette première situation conflictuelle, la mère va mettre au monde sa première fille, elle déclare qu'elle n'était pas capable de s'occuper du nouveau-né. Elle était tout le temps entrain de pleurer, après quelques semaines, le père consulte un médecin pour la première fois, il prend le traitement et les crises sont stabilisées.

La mère dépasse cette première rupture et va être enceinte d'un deuxième enfant et qui est S.A, dans ce moment de grossesse un autre conflit d'une autre nature apparait, la mère prétend que son mari était manipulé par ses frères, il faisait un grand effort dans son travail, il prenait en charge le commerce de la famille, à titre d'un salaire très rudimentaire, ce qui poussa la petite famille à quitter la maison de la belle-famille pour partir habiter dans les bon lieu de la ville.

S.A est né après le déménagement, dans ce moment le père ne pouvait plus travailler à cause des multiples fréquences des crises, il restait tout le temps à la maison, la situation socio-économique de la famille est devenue en ce moment très pénible et dégradée, cet état oblige la mère à trouver un travail.

On remarque que toute cette charge d'évènements, s'est produite dans la période où S.A a été encore dans ses premiers mois, la mère déclare que la prise en charge de S.A a été très lourde et S.A était tout le temps malade, cette état que subit certains enfant a été qualifié par plusieurs auteurs, où l'enfant éprouve sa souffrance psychique à travers son corps, c'est le corps qui devient malade suite à des perturbations relationnelles. Chez S.A c'est la permanence de la fièvre

et les longues périodes de pleurs qui témoignent de cet état affectif déficitaire.

La mère déclare qu'à cette période elle souffrait d'une instabilité psychique, elle se mettait tout le temps en cause, au fond d'elle, elle souffrait concernant le choix qu'elle a fait pour sa vie, et l'état de son mari qui n'arrive plus à maîtriser ses crises aggravé cette souffrance.

On peut dire que cette souffrance psychologique vécue par la mère en ce moment, a entravé un processus fondamental évoqué par Wallon, c'est la fusion affective qui est exprimée à travers les phénomènes moteurs, l'enfant dans cette phase reçoit les affections de la mère à travers la manipulation de la mère, ce qui n'était pas le cas de la mère de S.A, puisqu'elle déclare que S.A était malade la plupart du temps, et le contact corps-à-corps que pendant la réalisation des soins et le nourrissage.

Après la deuxième année on voit que S.A éprouve un grand retard dans les divers moments du développement psychomoteur, un retard dans la position assise et debout, un retard dans la marche. Nous pouvons à ce point faire la synthèse suivante :

Le retard psychomoteur dont souffre S.A surtout le potentiel tonico-moteur son résultat final de l'échec du dialogue tonique, la deuxième remarque c'est que : L'épilepsie du père a joué un rôle très important dans la structuration d'un vécu relationnel déficitaire car pour la première fille qui a eu un développement normal, on voit que dans les premières années, le père parvenait à stabiliser ses crises, ce

qui n'était pas le cas pour S.A. On peut résumer la lecture de S.A dans les points suivants :

1/ L'état de la souffrance psychologique de la mère est du essentiellement à l'épilepsie du père.



2/ Le manque d'échange affectif entre la mère et son enfant S.A réduit la part du relationnel dans l'équilibre de l'état psychologique initial de l'enfant.



3/ La rétissance des échanges corporels entre la mère et l'enfant ont gravement influencé son développement tonico-moteur.

II-2 La perturbation des mécanismes d'inhibition psychomotrice chez l'enfant épileptique :

Nous avons exposé précédemment les deux premiers niveaux de l'organisation psychomotrice qui concerne plus l'instauration de premières ébauches toniques, dans ce passage, on va s'intéresser à un niveau plus développé dans la hiérarchie de l'organisation psychomotrice qui est le suivant :

- L'automatisation des acquis avec diminution du temps d'arrêt au départ et à l'arrivée, ainsi que des arrêts successifs, économie de l'effort disparition des mouvements parasites, mais aussi transformation des éléments par leur subordination au tout : « cette

automatisation se fait par facilitation d'un geste accompli par "rodage" d'un geste voulu. Parfois cependant, la motricité s'automatise sans répétition par réaction instinctive qu'elle comporte ou par une maturation des apports extra-moteurs, si l'on peut dire, perceptifs, constructifs bio-sociaux »¹.

Ce niveau implique deux éléments majeurs cités par Wallon :

II-2-1 Le développement du contrôle moteur et les déficits de l'inhibition chez l'enfant épileptique :

La sélection convenable des seuls mouvements utiles pour le geste à exécuter : « Les étapes successives du développement moteur montrent une disposition progressive de l'aspect massif des mouvements. Le pouvoir croissant de l'inhibition permet le fonctionnement progressif des muscles isolés et le choix plus grand actions musculaires à entraîner, ce qui aboutit à la disposition progressive des syncinésies. A travers ces mécanismes et de l'inhibition principalement, s'opère l'évolution d'une motricité faite de reflexes de stéréotypies, motricité immédiate persévérative et relativement peu flexible vers une motricité permettant peu à peu à l'enfant de ne pas répondre immédiatement, de ne pas répéter, de corriger, de s'adapter au changement.

J. Fagard propose dans un article issu de la thèse de doctorat que : « La notion d'inhibition apparaît souvent comme évoquant certains des mécanismes explicatifs susceptibles de rendre compte de l'évolution motrice. Expliquant par exemple la disparition des

¹ J. de Ajuriaguerra, G. Bouvalot-Soubirani : opus cité, p 59.

réflexes, la baisse de l'impulsivité, l'amélioration du freinage. L'inhibition est également invoquée pour expliquer un autre aspect du contrôle moteur (...) il s'agit de l'inhibition responsable de la sélectivité de la réponse motrice. Wallon a beaucoup insisté sur la globalité de la motricité de l'enfant dont il rendrait responsable le défaut d'inhibition »¹.

Revenons maintenant à notre cas d'étude, pour S.A l'exagération des processus inhibitoires étaient apparents, comme dans le subtest "précision visuo-motrice" de la NEPSY, où on a vu qu'il était totalement freiné, il ne pouvait pas sortir de cet état de rigidité qui procurer pour lui une solution à sa maladresse. Une autre tendance peut être ajoutée à cette inhibition c'est le caractère déficitaire de la motricité, on a tiré ces remarques lors de l'utilisation du subtest "imitation de positions de main" où les syncinésies perturbaient totalement le geste surtout les syncinésies d'imitation, cet état de perturbation a été suivi évidemment par un freinage comme une autre action de défense.

Dans le subtest "séquences motrices manuelles", on a remarqué que la perte de la symétrie des mouvements et la permanence des syncinésies participent directement dans le déclenchement de l'inhibition.

On peut conclure que ce manque de contrôle moteur a été avancé par J. Bergès dans sa classification des aspects pathologiques de l'inhibition psychomotrice. Il qualifie ce type d'inhibition sous le

¹ J. Fagard : Le contrôle moteur chez de 6 à 10 ans : Flexibilité, impulsivité, inhibition, in *Enfance*, tome 35, n° 5, 1982, p 397.

nom de : l'inhibition par l'hyper-contrôle, elle est caractérisée par la mise en jeu dans toute attitude ou tout mouvement d'un état tensionnel considérable, Bergès parle ici d'un état d'angoisse qui déclenche l'inhibition en lui procurant un aspect défensif. Chez les épileptiques, cet aspect défensif est prégnant, les auteurs l'appellent la "bradypsychie", pour H. Beauchesne, la bradypsychie de l'enfant se marque énormément de celle de l'adulte, il constate que : « la bradypsychie apparaît essentiellement comme une modalité défensive de l'enfant placé face au monde extérieur. On ne l'observe pas chez le jeune enfant que sa relation particulière avec sa mère et ses proches mis à l'abri du monde, apparaît parfois à la fin de l'enfance lorsque la vie sociale s'impose au jeune épileptique, elle semble une tentative de sa part pour se protéger du monde et se mettre à distance de ses sollicitations incessantes »¹. Ce passage peut donner sens à l'état de notre cas mais nous proposons une autre piste.

Pour S.A ce mode défensif est lié directement à l'épilepsie du père, dans la mesure où on peut suggérer que l'enfant a pris l'habitude de freiner son corps devant la situation angoissante qui est la crise de l'épilepsie de son père pour éviter qu'il reçoive la même atteinte, cette réaction défensive est utilisée par S.A pour toutes les situations qui mettent en cause l'unité corporelle et les subtests du domaine sensorimoteur de la NEPSY semble constituer pour S.A une situation correspondante. On peut remarquer que l'inhibition dont souffre S.A

¹ H. Beauchesne, G. Broussard : L'épilepsie chez l'enfant, in Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, v2, Paris PUF, 2004, p 743.

battait son plein dans les moments où le père faisait sa crise, et ce qui a été déclaré par la mère.

II-2-2 La représentation de l'espace et son entrave chez l'enfant épileptique :

Ce deuxième niveau est en relation avec la capacité de contrôler le mouvement par la sensibilité segmentaire. Celle-ci intervient dans l'ajustement harmonieux des mouvements successifs. « Lorsqu'elle fait défaut, les mouvements sont saccadés et la coordination visuo-motrice devient déficiente »¹.

Ce niveau est en étroite relation avec la perception, précisément la perception visuo-spatiale. Cette fonction joue un grand rôle dans la régulation du geste et de mettre les relations entre espace corporel et espace externe. On a vu que S.A éprouvé de grandes difficultés de coordination visuo-manuelle dans toute la gamme de gestes qu'on a passé, on a aussi remarqué dans une précédente analyse que les difficultés de l'enfant épileptique à organiser son champ spatial venait de son incapacité à se détacher du concret, à superposer ses représentations avec l'environnement, Wallon s'exprime à ce sujet et dit : « nulle pensée, nulle représentation ne peuvent s'établir (chez l'enfant épileptique), ne peuvent s'établir et se maintenir qu'en se projetant en gestes et réalisations musculo-spatiaux montrant ainsi le ralentissement, l'embolisation de la conscience et son impuissance à se dégager du présent psychomoteur qui l'absorbe »².

¹ J. De Ajuriaguerra, M. Stambak, D. L'Hériteau, M. Azias, J. Bergès : opus cité, p 159.

² Tran-Thong : opus cité, p 162.

Cette incapacité à se représenter l'espace et à l'intérioriser nous rappelle l'entrave que provoquent la crise et la discontinuité imprévisible dans le temps. L'enfant à travers cet état confusionnel n'arrive pas à mettre des limites corporelles et son existence fait partie prenante des modifications du milieu. Cet état de non-discrimination porte énormément sur l'image que renvoie l'entourage à propos de la crise, pour notre cas, la crise était imprévisible (crise absente), l'entourage n'éprouvait aucune réaction pendant 2 ans, cette situation dont vivait l'enfant lui a empêché de prendre une position par rapport à l'extérieur ce qui exprime sa difficulté à différencier entre le corps connu (c'est-à-dire sa propre existence) et le corps agit (l'interaction et les mouvements engagés vers l'extérieur et leur harmonisation).

Ces deux concepts d'Ajuriaguerra sont étroitement intriqués dans la constitution du schéma corporel et on a vu les difficultés de S.A dans l'acquisition de cette faculté, comme on a remarqué aussi que les perturbations de l'instauration des repères spatiaux influence énormément l'acquisition du schéma corporel.

II-3 Les aspects psychomoteurs comme formateurs de caractère chez l'enfant épileptique :

Pour Ajuriaguerra, l'état de l'ensemble de la psychomotricité, il est primordial d'estimer deux paramètres qui sont celui de la typologie et celui des caractéristiques affectivo-sociales.

Les travaux de "Kretschmer", de "Gurewitch" ont montré les étroites relations qui existent entre la forme du corps, le mouvement et

le type de réactions. “Dublineau” (cité par Ajuriaguerra) met en garde sur le facilité abusive avec laquelle on applique les données de la morphologie de l’adulte à celle de l’enfant, celle-ci passant normalement dans sa croissance par des variantes de forme.

Les caractères affectifs sociaux modifient aussi le type moteur selon Ajuriaguerra la typologie constitutionnelle porte en elle des caractéristiques réactionnelles, l’évolution affective qui est en partie liée, ainsi que les rapports socio-individuels peuvent la modifier.

Selon Ajuriaguerra : « Lorsque nous parlons de psychomotricité, nous voulons dire mouvement et allure, geste et expression. Mais la psychomotricité peut être aussi quiétude ou réaction. Le comportement moteur et les réactions caractérielles doivent être étudiés conjointement. L’agressivité peut être affectivité réfrénée ou déviée, mais aussi souvent besoin d’expression d’une activité motrice longtemps inhibée »¹. Essayons maintenant d’analyser quelques réactions de notre cas vis-à-vis des propos d’Ajuriaguerra.

Nous avons vu que S.A était inhibé dans les différentes tâches motrices, par contre dans les espaces ouverts et dans la cour du centre, cette inhibition a été inversée en une agressivité et une impulsivité exprimant son besoin de liberté corporelle longuement prise par les états d’inhibition. Ce mode réaction peut devenir au futur un style caractériel propre de la personnalité de S.A.

¹ J. De Ajuriaguerra : Vue d’ensemble sur les troubles d’évolution de la motricité, du langage et du caractère, à dysfonctionnement conjoint, in G. Labès, F. Joly : opus cité, volume 1, p 36.

Ajuriaguerra reprend la classification proposée par Dublineau, cet auteur décrit deux types dans le comportement des anormaux caractériels :

1/ L'émotivo-moteur : « centré au point de vue affectif sur l'émotivité, sur toute une gamme d'état allant de l'asthénie à la turbulence, il s'observe chez des sujets de contexture délicate. Il s'accompagne ou non, selon le type morphologique du sujet de tendances à la dissociation. Les réactions y sont complexes et souvent paradoxales.

2/ Le sensitivomoteur : centré sur des réactions motrices instinctives à type d'agressivité. Ces réactions alternent parfois avec des phases de calme et de ralentissement : il s'agit de sujet à synesthésie troublée, d'émotivité variable, ayant tendance à concentrer leur intelligence ou leur affectivité sur un point déterminé. Les réactions sont directes, adéquates. Ce sont des sujets de complexion générale robuste, massive »¹.

Ajuriaguerra continue son exposé en déclarant : « Cette classification permet de reconnaître dans la masse des types intermédiaires, la nature plus ou moins prédominante du trouble. Sur elles se moulent les activités cliniques : Hystérique, psychasthénique, schizoïde instable ou émotive simple pour le premier groupe épileptoïde, paranoïaque, hypocondriaque perverse, instinctive pour les sujets du second groupe »².

¹ J. De Ajuriaguerra : opus cité, p 37.

² Opus cité, p 38.

Pour notre cas, on remarque que ces comportements moteurs sont dans une grande part similaire au second groupe classifiés par Dublineau. Les réactions motrices de type agressif sont remarquées dans le jeu que pratiquent dans l'espace ouvert comme on l'a cité auparavant. Les états d'inhibition quant à remarquer succèdent ou précèdent ces états d'agressivité surtout quand on change de situation comme par exemple : changement de la situation du jeu en espace libre à une activité de dessin ou d'écriture en classe, dans ce cas-là, il devient pratiquement inhibé. S.A. ne peut pas cibler par son activité intellectuelle les changements que peut prendre une situation ou une figure, ce qui a marqué après l'échec à l'épreuve cubes du WISC III. On peut dire pour conclure que S.A s'approche plus de la deuxième catégorie des anormaux caractériels proposés par Dublineau. Ensuite Ajuriaguerra a inséré le type épileptoïde. Cette typologie de type psycho-affectivo-moteur comme le nomme Ajuriaguerra, n'a pas pour nous la valeur d'une méthode de classification et de jugement, mais elle nous permet de voir combien le style moteur et les caractéristiques psychomotrices participent dans l'ancrage d'une structure ou d'une autre, c'est-à-dire qu'un fonctionnement psychomoteur spécifique répondant à de règles précises comme c'est le cas de S.A, peut participer à la structuration d'une pathologie comme l'épilepsie et c'est ce qu'on a essayé de proposer.

A la fin de ce chapitre, on peut dire que la désorganisation du fonctionnement psychomoteur porte essentiellement sur le déficit affectif qu'il soit primaire ou survenant dans une période ultérieure du

développement, la constitution du schéma corporel sera à la suite entravé car elle porte sur la conjugaison entre le niveau relationnel-affectif et sur le niveau moteur, et le niveau cognitif, nous pouvons alors dire que le trouble du schéma corporel se trouve au centre de la structure psychopathologique de l'épilepsie de S.A.



Tableau VI : récapitulatif des différents moments du développement psychomoteur et leur expressivité relationnelle :

Les subtests du domaine sensorimoteur de la NEPSY	Expressivité du cas	Signes majeurs d’immaturité psychomotrice	Le niveau déficitaire de l’organisation psychomotrice
Le Subtest : Tapping	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de la planification, de l’organisation et de la coordination des mouvements. - déficit de la coordination motrice fine. 	<ul style="list-style-type: none"> - Syncinésie - Mauvaise coordination visuo-manuelle 	<p>Le niveau de l’organisation tonico-motrice est gravement atteint avec une grande prévalence des signes d’immaturité psychomotrice.</p>
Le Subtest : séquence motrices manuelles.	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à apprendre de nouveaux mouvements. - difficultés de régulation tonico-motrice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asymétrie des mouvements. - Rigidité psychomotrice - Manque de flexibilité motrice 	
Subtest: Distinction des doigts.	<ul style="list-style-type: none"> - retard dans les acquisitions sensorimotrices. - le soupçon d’une asomatognosie relative à la connaissance kinesthésique de fragments corporels. 		

Subtest : imitation de position de main	-insuffisance du traitement des informations tactiles -incapacité à produire les relations spatiales	Rigidité tonique face à la complexité de la tâche -lenteur	défaillance du contrôle moteur avec une prévalence de l'inhibition et des freins.
Subtest : précision visuo-motrice	-problème de rapidité -lenteur handicapante	-rigidité tonique - diminution l'extensibilité des muscles.	

Introduction :

La psychologie traditionnelle décrivait un “âge de raison” que les enfants étaient censés atteindre à 7 ans, défini par l’éducabilité et une certaine à un comportement adultomorphe c'est Freud lui-même qui a défini la période de latence : « L’individualisation de la période de latence implique et présuppose la découverte connexe de l’inconscient et de la sexualité infantile ». Freud insiste sur 3 phénomènes ou périodes de latence :

1/ Le refoulement : propre à la liquidation du complexe d’oedipe et contribue à produire l’amnésie infantile.

2/ Sublimation : désexualisation par rapport à une soif intellectuelle et de connaissance.

3/ Identification : aux parents.

Ces modifications s’associent à un renforcement du surmoi et du moi, et les comportements éducatifs prennent une position supérieure, la sociabilité et ses paramètres vont maîtriser les attitudes de l’enfant à la fois sain et épileptique, nous essayerons dans ce chapitre des ce procurer des éléments d’analyse concernant les modalités des échanges sociaux pour l’enfant épileptique en période de latence.

III-1 : Le fonctionnement du psychisme à la période de latence et ses particularités chez l'enfant épileptique.

Les processus psychiques se forment sur plusieurs niveaux dans la période de latence. Th. Shapiro et R. Sperry (cité par Paul Denis) ont défendu la thèse selon laquelle l'installation de la période de latence correspondrait à une maturation du système nerveux central et du développement cognitif lié à celle-ci. Ce mode de pensée ne peut rendre compte la non installation de la latence chez des enfants dont le développement neurologique est satisfaisant, on peut s'interroger à ce niveau sur la capacité de l'épileptique d'accéder à la latence en prenant en considération la fragilité de son système nerveux.

Paul Denis prétend d'étudier la période de latence selon deux niveaux, il s'exprime : « Les questions se centrent donc, d'une part sur ce qui spécifie la période de latence du point de vue de la métapsychologie et d'autre part, sur le rôle respectif de l'environnement éducatif et des facteurs propres à l'organisation du moi et à son développement ». ¹⁰⁷

La notion même de la période de latence s'articule bien avec les perspectives développementales comme celles d'Anna Freud, à l'inverse, les Kleiniens se sont spécifiquement arrêtés sur cette période. Les conceptions de Berta Bornstein sont considérés comme classiques : La période de latence commence à la résolution partielle du complexe d'Œdipe et l'identification des objets oedipiens, laquelle établit le surmoi. Dès lors, le moi doit observer non seulement les

¹⁰⁷ Paul Denis : La latence, in D. Houzel, M. Emmanuelle F. Maggio : Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris PUF 2000, p 388.

exigences des pulsions et du monde extérieur mais de surcroît les exigences venant du surmoi.

L'investissement se déplace des parents vers des personnages extrafamiliaux et sur la scolarité qui prend une place prépondérante. Il s'agit d'un véritable mouvement comme le dit Paul Denis : « de sublimation qui permet le développement d'une maîtrise de l'enfant sur la plupart des activités qui sont à sa portée. Marion Milner parlait à ce propos d'une 'séduction par la réalité extérieure' »¹⁰⁸. Cette position finira par renforcer le Moi, Winnicott suppose que : « La période de latence est celle où le Moi prend pour ainsi dire possession de son domaine » et il ajoute : « la santé mentale est essentielle en période de latence et l'enfant qui au cours de cette phase ne peut conserver cette santé est cliniquement très malade ».¹⁰⁹

Les mécanismes de défense s'organisent en vue de soutenir le Moi. Ce sont ceux décrits par Anna Freud : L'identification à l'agresseur, la dénégation par la rêverie, la soumission altruiste et l'externalisation du conflit.

Concernant l'enfant épileptique, on peut dire qu'il est faiblement séduit par la réalité extérieure parce qu'il est toujours surprotégé par sa famille qui ne le laisse prendre place dans et comme le dit Bouvard C. : « le malade (l'épileptique) garde dans toutes les situations un statut de l'enfant. Il a droit aux attentions que l'on prêterait à un très jeune enfant mais en échange il doit remplir les conditions qu'on exige de lui : obéissance, sagesse, se bien conduire, rester à la maison

¹⁰⁸ Opus cité, p 389.

¹⁰⁹ D. W. Winnicott : processus de maturation chez l'enfant. Payot 1970, p 81-91.

et n'avoir aucune initiative. La mère satisfait son désir de garder éternellement un enfant près d'elle qui lui au moins a toujours besoin d'elle et ne grandira pas. Elle se dévoue mais ce dévouement n'est pas pour lui plaire, car il l'a survalorise. En effet, cette surprotection a deux buts essentiels : cacher au monde sa tare familiale et en même temps se donner la bonne conscience qu'elle n'est pas sûre d'avoir car cette hyper-protection dissimule certainement un sentiment de rejet »¹¹⁰. Pour notre cas, l'hyper-protection de la mère ne peut être cachée elle l'accompagne avant d'être internalisé toujours au centre, elle déclare qu'elle a peur qu'il soit dehors car il risque de tomber sur sa tête qui est fragile (selon elle). La fragilité psychique des épileptiques est due dans une grande part à la surprotection engagée sur eux particulièrement de la part de la famille, ce qui rend le Moi dépendant au support de l'autre et complique leur ancrage social, Bouvard termine son passage en disant que : « l'épileptique qui accepte cette situation devient vite très passif : il présente un apparent bien-être mais il vit totalement retiré du monde dans un état d'immaturité très grand. Celui qui n'a jamais mené de vie normale n'a pas pu acquérir le comportement habituel à son âge et n'a pas appris les gestes élémentaires et restera toute sa vie dépendant des autres et différent d'eux ». ¹¹¹

Nous concluons que S.A inspiré son inhibition et son freinage de son milieu familial qui est une source de surprotection qui entrave les processus de démarcation du moi de l'enfant vis-à-vis du moi de

¹¹⁰ C. Bouvard : L'épileptique et les autres, édition Simep 1974, p 125.

¹¹¹ Opus coté, p 125.

l'autre. La Moi fragile de l'enfant épileptique se trouvera à l'avenir incapable d'orienter les mécanismes de défense pour instaurer la stabilité psychique.

III-2 Les progrès du social en période de latence et leur entrave chez l'enfant épileptique :

L'harmonie du fonctionnement psychique à la période de latence dépend à la fois des facteurs intrapsychiques et de la qualité des relations familiales. L'équilibre des instances psychiques toujours en cours d'élaboration doit être tenu par des relations adéquates par des personnages familiaux, capables de s'ajuster devant la mise en œuvre des mécanismes de défense ou de symptôme souvent déconcentrant, irritants ou angoissants. Cette tranquillité de la période n'est ainsi qu'apparente, l'équilibre du fonctionnement psychique est remis en cause constamment par le développement lui-même et par la distance qui, inexorablement s'accroît par rapport aux parents. L'enfant épileptique traverse en ce moment des contradictions concernant sa capacité à s'individualiser. La question qui se pose à ce niveau c'est de voir à quel degré l'enfant épileptique peut produire son identité et se personnaliser. Le milieu peut être une source de dépersonnalisation comme pour S.A ou il se trouve dans une famille où la mère est hyperprotectrice qui interdit tout changement dans la vie de son enfant et le père est épileptique et qui renforcent la problématique de l'identification et de l'angoisse de l'enfant à pouvoir s'identifier à cette personne qui subit la mort à chaque fois (c'est-à-dire la crise).

Dans cette phase de latence, l'enfant progresse vers une constitution progressive du "Soi", le narcissisme est en période de préparation, il n'est jamais assuré et ce montre d'une grande vulnérabilité. L'enfant absorbe cette image narcissique de son environnement, chez l'enfant épileptique le narcissisme est grave car il reçoit son image d'un milieu qui le préjuge avec des comportements et des attitudes exprimant à l'enfant son statut inférieur, sa fragilité. Certain troubles du comportement comme l'agressivité dont fait preuve S.A est selon Beauchesne une tentative de restauration narcissique, l'enfant essaie de se revaloriser à travers ce détachement de l'inhibition qui le freine et le rend inférieur aux yeux du monde qui l'entoure.

III-3 L'inhibition des réactions sociales chez l'enfant épileptique en période de latence :

On repère l'inhibition des conduites sociales dans un large éventail de situations, sous une forme discrète chez de enfants calmes ou sages, souvent aussi de bons écoliers mais dont l'observation plus fine révèle la soumission anxieuse à l'entourage. La crainte de décevoir ou de blesser. A l'opposé, sous la forme la plus organisée d'une phobie sociale dont la symptomatologie est structurée autour d'une situation sociale "déclenchante" avec une angoisse anticipée, des réactions émotionnelles paralysantes, un mutisme extrafamilial à l'approche ou au contact de la situation phobogène, on constate des comportements plutôt dominateurs dans le cadre protégé de la famille.

Pour les cas d'un enfant épileptiques, on remarque plutôt des situations anxigènes plutôt que phobogènes. Ces situations sont à la fois vécue par l'entourage, et l'enfant reçoit en même temps l'anxiété et l'absorbe par le biais de ce dernier. Les réactions du milieu familial et social jouent un rôle structurant pour les troubles psychiques. Ajuriaguerra a tenté un rapprochement entre la maladie et la famille : le petit mal s'associerait plus fréquemment avec un milieu anxigène et protecteur tandis que l'épilepsie à forme grand mal correspondrait plutôt à des sujets irritables et coléreux qui possèdent des parents qui les supportent mal et les rejettent.

Pour notre cas la situation anxigène qui freine l'enfant devant les progrès sociaux prend deux voies :

1/ l'une venant de l'extérieur : c'est-à-dire l'anxiété est propre à l'entourage familial, mais elle réagit directement sur les comportements de l'enfant, elle est résumée dans les réactions de super-protection. Si on prend en charge les propos d'Ajuriaguerra précédemment avancés, et qui considère que l'épilepsie petit mal rend le milieu familial anxieux et intervient dans toutes les réactions de l'enfant, sachant que S.A à une épilepsie absente petit mal , nous pouvons conclure que l'enfant absorbe l'anxiété de la famille et prend une position de retrait vis-à-vis des échanges sociaux, ce qui signifie qu'il n'est pas arrivé à activer le bon mécanisme de défense de cette période de latence qui est selon Anna Freud l'externalisation du conflit.

2/ l'autre est intérieur déclenché par une situation stressante vécue dans l'espace extérieur (chez notre cas c'est l'épilepsie du père qui provoque l'anxiété), cet état d'anxiété permet d'engendrer un repli sur soi et une inhibition qui a une valeur défensive contre un danger extérieur.

On peut remarquer en dernier que les échanges sociaux de l'enfant épileptique et leur réticence parvient dans une grande part du mauvais investissement du milieu envers la maladie, l'entourage de l'épileptique ne peut pas assimiler les conséquences de la maladie et leurs réaction conduit l'enfant à devenir méfiant, et inhibé par rapport aux échanges sociaux.

Conclusion générale :

A travers notre recherche qui vient d'être achevée, nous avons essayé de comprendre la nature de la relation qui se noue entre la pathologie de l'épilepsie et les dysfonctionnements psychomoteurs, chez le grande enfant, pour arriver à ce niveau d'analyse nous avons proposé initialement les hypothèses suivantes :

1/ l'enfant épileptique qui atteste d'un dysfonctionnement psychomoteur souffre évidemment d'une grande entrave dans l'aspect figuratif de sa pensée et qui bloque le passage à la pensée opératif .

2/l'enfant épileptique souffre d'une immaturité psychomotrice soutenue par un manque du contrôle tonic moteur exprimer dans les états d'inhibition psychomotrice.

3/ l'enfant épileptique ne peut pas acquérir complètement les structure préalable a la construction du schéma corporel a cause d'un certaine mode de vécu relationnel.

Pour pouvoir entamer notre recherche, nous avons employé la méthode de l'étude de cas renforcé par l'observation clinique et une gamme de test psychologique.

Après cette abord pratique nous somme arriver à confirmer nos trois hypothèses :

Pour la premier hypothèses : le dysfonctionnement psychomoteur chez l'enfant épileptique fait appel a une état générale de maladresse

s'approchant des troubles de l'organisation praxique ,cette état de désorganisation praxique dont souffre l'enfant épileptique se traduit par l'impact du déficit de la pensée figuratif principalement le figuratif visuel ce déficit du développement de la pensée intuitive entrave l'acquisition des notions propres a la construction de l'espace chez l'enfant ,et cela a été prouvé par l'échec massif de notre cas dans l'épreuve des cubes du WISCIII ,ou il ne pouvait pas se détache du perception pour arriver a effectuer la tache demander faute de ne pas pouvoir ce décentrer de l'objet concret. Ce mode fonctionnel de la pensée e été remarque chez un grand nombre d'épileptique, et il a été cité par des auteurs telle F.MINKOWSKA et Z.HELMAN comme une partie prenante de la personnalité épileptique.

Pour la deuxième hypothèse : Nous avons remarqué que l'enfant épileptique fait preuve plusieurs signes d'immatunité psychomotrice .cette immatunité est due essentiellement aux échecs relationnels dans la premiers enfance surtout avec la mère, ces perturbations sont commenter par l'échec des échange tonico-postural qui sont d'une grande importance pour le future développement, ce mode relationnel déficitaire entrave ce que l'appel Ajuriaguerra le dialogue tonique. Nous avons ensuite remarque et a travers la passation des subtest des domaines sensori-moteur de la NEPSY ,que le cas avait des grandes difficultés en ce qui concerner les capacité du contrôle tonico moteur plus spécifiquement le contrôler des mouvement, dans la mesure ou les états d'inhibition contrôlés l'aspect générale du mouvement ,nous avons constaté que cette état d'inhibition constituer un mode défensif

contre l'angoissants qui venait de l'extérieur, et pour notre cas c'est particulièrement l'épilepsie de son père qui provoquait l'angoisse .

Pour la troisième hypothèse : nous avons vu que l'acquisition du schéma corporel réunit dans sa structure les différents éléments : psychomoteurs cognitif et affectif , nous pouvons dire que la non structuration du schéma corporel est le résultat finale de la combinaison des différents déficits précédemment cités , cet état déficitaire fait appel à la problématique corporelle dans son double versant : corps vécu et corps propre, ces deux éléments essentiels à la conscience corporelle sont énormément perturbés chez l'enfant épileptique, dans la mesure où son "moi" subit une désintégration en période de crise et n'arrive pas à élaborer un processus de conscientisation , à ce niveau, la construction du schéma corporel est liée intimement à la conscience du corps et au degré de son acquisition.

A la fin de notre travail nous avons essayé de voir l'impact de l'épilepsie sur les différents types de développement en période de latence et la relation que peut avoir cette structure avec le vécu relationnel.

En fin on peut dire que notre recherche n'a pas pu parcourir toute la problématique des dysfonctionnements psychomoteurs chez l'enfant épileptique, il serait intéressant de revoir ce thème on propose une plus grande population d'enfant épileptique pour élargir et enrichir les résultats.

Bibliographie :

Liste des livres :

- 1- Ajuriaguerra J. De : L'organisation psychomotrice et ses troubles, in : Joly. F, Labes G. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.
- 2- Julian d'Ajuriaguerra : Ontogénèse de la motricité, in : Joly. F, Labes. G : Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.
- 3- Ajuriaguerra : vue d'ensemble sur les troubles de l'évolution de la motricité, du langage et du caractère, à dysfonctionnement conjoint, in : Joly. F, Labes. G : Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.
- 4- Ajuriaguerra J. De, Angelegre. R : de la motricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon, in : Joly. F, Labes G. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.
- 5- Ajuriaguerra J. De, Bonvalot-Soubiran : Indication technique de rééducation psychomotrice en psychiatrie, in : Joly. F, Labes G. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.
- 6- Ajuriaguerra J. De, Marcelli. D : Abrégé de psychopathologie de l'enfant, Paris Masson 1982
- 7- Ajuriaguerra J. De, Stambak. M : dyspraxie de développement et troubles psychomoteur, in : Joly. F, Labes. G : Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.
- 8- Ajuriaguerra J. De, Stambak. M, M. Auzias, L'hériteau. D, Berges. J : les dyspraxies de l'enfant, in : Joly. F, Labes G. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol 2, Ed. Papyrus, septembre 2009.

-
- 9- Beauchesne. H, Broussaud. G : l'épilepsie chez l'enfant, in : S. Lebovici, R. DiatKine, M. Soulé : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, V2, Paris PUF 2004.
 - 10- Bergès. J : Les troubles psychomoteurs chez l'enfant, in : S. Lebovici, R. DiatKine, M. Soulé : Mouvement traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, V2, Paris PUF 2004,
 - 11- Bouvard. C : L'épileptique et les autres, SIMEP-EDITION,1974.
 - 12- Denis. P: La latence, in: Houzel. D, Emmanuelle. M, Maggio F. : Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF, 2000.
 - 13- Dolle J. M. : Pour comprendre Jean Piaget, Paris, Dunod, 3^{ème} édition.
 - 14- Lacan. J : Le stade du miroir comme fondateur de la fonction du je, 2^{ème} édition du seuil, Paris 1966.
 - 15- Luquet G. H. : Le dessin enfantin, Ed Delachaux et Niestlé, 1991.
 - 16- Mazet. PH, Houzel. D. : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol 1 et 2, Ed. S.A Maloine, Paris 1978.
 - 17- Montangero. H : Piaget ou l'intelligence en marche, Ed. Mardaga 1974.
 - 18- Paillard. J : Tonus, posture et mouvement, in : Kayzer D. : traité de physiologie, tome 23, Paris, Flammarion 1976.
 - 19- Piaget. J, Inhelder. B : La psychologie de l'enfant, Paris, PUF, 14^e édition 1992.
 - 20- Tran – Thong : Stades et concepts de stades de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine, Paris librairie philosophique J. Vrin 1992.
 - 21- Wallon. H : Les origines du caractère chez l'enfant, Paris PUF 1954.

-
- 22- Wallon. H : De l'acte à la pensée : essai de psychologie comparée ; Paris Flammarion 1970.
- 23-Winnicott D. W. : Processus de maturation chez l'enfant, Ed Payot 1970.

Les articles scientifiques :

- 1- Fayard. J : Le contrôle moteur chez l'enfant de 6 à 10 ans, flexibilité, impulsivité, inhibition, in : Enfance tome 35, n° 5 1982.
- 2- Freud. S : Dostoïevski et le parricide, 1928, in : www.megapsy.com.
- 3- Piaget. J: Motricité, perception et intelligence ; in : enfance, Tome 9, n°2, 1956.
- 4- Soulayro. R : l'épileptique entre l'avoir et l'être, revue épilepsie, vol. 14 N° 1 mars 2002.
- 5- Wallon. H, Denjean. G : sur quelques signes d'apraxie chez des enfants inadaptés, in : Ann médico-psychologique, n° 11, 1958.
- 6- Wallon. H : Importance du mouvement dans le développement psychomoteur de l'enfant, in : Enfance, tome 12, n°3-4, 1959.
- 7- Wallon. H : Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant, in : enfance, tome 12 n°3-4, 1959.
- 8- Wallon H. : Le rôle de l'autre dans la conscience du moi, in : enfance tome 12, n° 3-4, 1959.
- 9- Wallon H. : Les étapes de la sociabilité chez l'enfant, in : Enfance, tome 12, n° 3-4.
- 10- Wallon H. : Les enfants dits pervers, in : Enfance, vol 12, n° 3-4, 1959.

Manuels des testes :

1- C. Durat – Hmeljak, M. Stambak, J. Bergès : Manuel du test de schéma corporel : une épreuve de reconnaissance et de reconstruction de l'image du corps, édité par la société algérienne de recherche en psychologie.

2- Korkman. M, Kirk. U, Kemp. S : NEPSY, bilan de l'enfant, manuel traduit en français par Monique Plaza, Jacques Grégoire, ECPA 2003.

3- Wechsler. D : Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfant : le manuel, ECPA édition, paris 1991

الملخص:

إن مرض الصرع هو احد الاضطرابات العصبية التي كثيرا ما تلاحظ لدى الطفل، ويعمل مرض الصرع على التأثير على المعالم الأساسية لشخصية الطفل فهو يؤثر على الجانب المعرفي، والحركي و الوجداني، في بحثنا الذي قمنا به ارتأينا إن نعالج موضوع الصرع لدى الأطفال من الوجهة التالية: معاينة الاضطراب المعرفي المرافق له، وذلك من خلال الدراسة أسس التفكير الإجرائي، و معاينة الاضطراب الحركي الذي يتمثل في الكف النفس حركي. وفي الأخير دراسة مخطط الجسد في علاقته مع ما هو وجداني .

الكلمات المفتاحية: الصرع، النفس حركية، الكف، التفكير الإجرائي، التحكم الفخوني الحركي .

Abstract :

L'épilepsie est l'une des maladies neurologique la plus recensé chez l'enfant , elle implique plusieurs difficulté sur les niveau cognitifs , moteurs , et affectifs , dans notre étude nous avons essayés d'exploiter et d'analyser les particularité du fonctionnement psychomoteur dans un premier niveau , par rapport au structure cognitive particulière de la pensée épileptique spécifique au développement des aspects opératoire de la pensée qui sont entrave , dans le deuxième niveau nous avons entamé l'étude des particularité psychomotrice ou, l'inhibition était le caractère principale du dysfonctionnement psychomoteur , nous avons dans un troisième niveau analyser les difficulté de la structuration de la notion du schéma corporel par rapport au vécu relationnel de l'enfant épileptique.

Mots clés : Epilepsie, psychomotricité, inhibition, pensée opératoire, contrôle tonico moteur

Abstract:

The epilepsy one of the diseases neurological is the most listed in the child, it implies several difficulty on the level cognitive, driving, and emotional, in our study we tried to exploit and analyze the characteristic of psychomotor operation in a first level, compared to the particular cognitive structure of the thought epileptic specific to the operational development of the aspects of the thought which leaves obstacle, in the second level we started the study of the psychomotor characteristic to inhibition state the character principal of the psychomotor dysfunction, we have in a third level to analyze the difficulty of the structuring of the notion of the body diagram compared to lived relational of the child epileptic

Key words – Epilepsy, psychomotricity, inhibition, operational thought.