

*Université Abderrahmane MIRA de Bejaia*  
*Faculté des sciences humaines et sociales*  
*Département des sciences sociales*

## **Mémoire**

**Présenté**  
**Pour l'obtention du diplôme de Master**  
**Option : Psychologie clinique**

**Thème**

# **Les crises d'épilepsie et le rendement scolaire chez les enfants âgés de 6 à 12 ans**

**Présente par :**

AT SAID Sarah

AT SAID Sabrina

**Encadré par :**

Dr AMROUCHE Nassima

**Année Universitaire 2020-2021**

# *Remerciement*

Tout d'abord on remercie dieu tout puissant de nous avoir procuré courage et force durant les années d'études à l'université et à finir ce modeste travail.

On tient à exprimer toute nos reconnaissances à notre Directeur de mémoire on le remercie de nous avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.

On adresse nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé notre réflexions.

On remercie nos familles,

Enfin, on remercie tous nos Ami(e)s Pour leurs sincères amitiés et confiance, et à qui on doit notre reconnaissance et notre attachement.

À tous ces intervenants, on présente nos remerciements, notre respect et notre gratitude.

# *Dédicaces*

A l'occasion de ce jour-là je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle à tous ceux qui me sont chers :

A mes chers parents pour leur sacrifice, amour et leurs encouragements,  
Que dieu les protège

A mon cher frère : Yanis

A mes chères sœurs : Samira et son mari, Souad, Sabrina et Sabrina ma belle-sœur.

A ma chère nièce : Ziva

A mes neveux : Hamid et Silas A mes voisins : Lyazid et Khlidja A mes tantes : Houa et Hayat

A mes Amies : Célia, Katia, Farida, Fairouz, Linia, Mélissa.

A tous mes proches

**Sarah**

# *Dédicaces*

Que ce travail témoigne de mes respects :

A mes chers parents, grâce à leurs tendres encouragements et leurs grands sacrifices, ils ont pu créer le climat affectueux et propice à la poursuite de mes études.

A mon frère Yanis et sa femme Sabrina

A mes sœurs Samira et son mari Radouane ,souad,Sarah A mon oncle Yazid et sa femme Khelidja

A ma tante Houa et Hayat A tous mes amis

Et à tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin.

**Sabrina**

# Sommaire

<b>Introduction :</b> .....	1
-----------------------------	---

## **La partie théorique**

### **Chapitre I : le cadre général de la problématique :**

Problématique et hypothèse.....	5
Définition et opérationnalisation des concepts clés : .....	8
L'objectif de la recherche :.....	9

### **Chapitre II : le développement de l'enfant**

1- Définition de l'enfant :.....	11
2- Développement de l'enfant : .....	11
<b>2.1. Le développement neurologique :</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2. Le développement psychoaffectif de l'enfant :</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3. Le développement cognitif .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4. Le développement moteur .....</b>	<b>22</b>

### **Chapitre III : les crises d'épilepsies**

I. Aspect médical : .....	27
1- Définition des concepts :.....	27
2- Aperçu historique d'épilepsie :.....	28
4- étiologie des épilepsies .....	35
<b>5- Diagnostique.....</b>	<b>36</b>
6. La classification internationale des syndromes épileptiques de 1989 : .....	38
7. état de mal épileptique .....	41
8. Prise en charge : .....	41
II. L'aspect psychologique des crises d'épilepsies :.....	43

1. Annonce du diagnostic d'une épilepsie : .....	43
2. Les règles de l'annonce d'une maladie grave : .....	43
3. Le vécu psychologique des crises d'épilepsie : .....	44
4. Les troubles liés aux crises d'épilepsies : .....	48
5. Selon l'approche neuropsychologie : .....	49

### **Chapitre VI: le rendement scolaire et l' enfant épileptique**

1. Définitions des concepts : .....	52
2. Principaux facteurs qui conditionnent le rendement scolaire : .....	53
3. Survenue de crises épileptiques à l'école : .....	54
4. Répercussions de l'épilepsie à l'école : .....	54
5. Épilepsie et adaptations pédagogiques : .....	54
6. Les conséquences de l'épilepsie sur l'apprentissage scolaire : .....	56
7. Le Rendement Scolaire : .....	57
8. L'enfant épileptique et l'école : .....	60

### **La partie pratique**

#### **Chapitre V: présentation des études antérieures**

1. L'épilepsie en milieu scolaire : enquête chez les enseignants de la ville de Kati : .....	64
2. Épidémiologie de l'épilepsie à l'hôpital de jour pédiatrique : .....	67
3. Étude épidémiologique sur les enfants épileptiques à Tlemcen : .....	68

**Conclusion** .....

**Liste bibliographique**

**Liste des tableaux :**

<b>N° Des TABLEAUX</b>	<b>TITRE DES TABLEAUX</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau n°1</b>	Classification des crises épileptique propose par la ligue internationale contre l'épilepsie.	<b>30</b>
<b>Tableau n°2</b>	Classification internationale des epilepsies et syndromes épileptiques (1989).	<b>40</b>
<b>Tableau n°3</b>	Les anti-epileptique utilises le plus souvent sont	<b>42</b>

**Liste des figures :**

<b>N° de la Figure</b>	<b>Titre de la figure</b>	<b>Page</b>
<b>Figure n°1</b>	schéma d'une vue latérale de l'encéphale	<b>12</b>
<b>Figure n°2</b>	schème du cortex frontal	<b>13</b>
<b>Figure n°3</b>	schémas des définitions conceptuelles des crises généralisées et focales.	<b>35</b>



## **Liste des abréviations :**

**OMS** : L'organisation mondiale de la santé.

**PAI** : Projet d'accueil individualisé.

**EEG** : L'électroencéphalogramme.

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique.

**CSE** : comité sociale et économique.

**LICE** : Ligue Internationale Contre l'Epilepsie.

**POCS** : points ondes continu du sommeil.

**TDM** : tomodensitométrie.

**ATCD** : antécédents

**EHS** : établissement hospitalier spécialisé

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**PAP** : plan d'accompagnement personnalisé.

**PPS** : projet personnalisé de scolarisation.

### **Introduction :**

L'enfance est une période de la vie, une période de croissance et de développement humain qui commence par la naissance et va jusqu' à l'adolescence, elle se compose de différentes période nouveau-né, nourrisson, petite enfance et pré-adolescente. L'enfance c'est une période qui se caractérise par la rapidité des changements l'enfant dans son contexte de développement est suivis par multiple modification soi intellectuel ou physique. Durant cette phase de développement on trouve des enfants qui développe des pathologies.

Cependant, L'épilepsie de l'enfant reste un problème de santé dans notre contexte et qui pose d'énormes problèmes aussi bien pour enfant et son entourage familial et scolaire, que pour le corps médical traitant. Les enfants épileptiques souffrent souvent de déficients dits partiels provoques par un dysfonctionnement cérébral ou une éventuelle lésion cérébrale, laquelle est aussi à l'origine des crises épileptique.

Les enfants épileptiques sont une source d'angoisse, de perturbations socioprofessionnelles et scolaires pour leurs parents et leur fratrie.

L'épilepsie est l'une des affections neurologiques les plus fréquentes après la migraine, elle touche après de 2% de la population elle apparait le plus souvent durant la première année de vie et dans 75% des cas avant l'âge 18 ans, et définie par la répétition des crises, chez le même sujet,

Une crise épileptique est la manifestation clinique de l'hyperactivité paroxystique d'un groupe plus ou moins étendu de neurones cérébraux et de son éventuelle propagation. Elle peut se manifester par une modification abrupte de l'état de conscience, par des phénomènes moteurs et/ou sensitifs, sensoriels, psychiques, végétatifs, par une altération de la réponse de l'individu à son environnement.

L'école est le premier lieu de socialisation de l'enfant : il sort du cadre familial et doit se confronté à ses pairs. Il s'agit d'une étape importante dans la vie d'un enfant, au cours de laquelle il développera ses connaissances scolaires

et apprendra à vivre en société.

L'élèves épileptique ne sont généralement pas motive et ils se sentent souvent isolé ou différents des autres enfants.

Nous avons choisi ce thème afin de mieux comprendre cette pathologie dans le milieu scolaire et son impact sur leur rendement scolaire.

Ainsi que, dans notre travail de recherche nous avons intitulé tous les informations qui correspondant à notre travail de recherche, et qui se compose de deux parties : dans la première partie on trouve la problématique et les hypothèses et la deuxième partie qui subdivise en deux parties : la première partie théorique, la deuxième partie pratique.

La première partie théorique comprend trois chapitres, le premier chapitre parlera sur l'enfant : la définition, le développement neurologique, développement psychoaffectif, développement cognitif et développement moteur. Le deuxième chapitre qui subdivise en deux parties le côté médical et psychologique pour le côté médical ont abordée : la définition des concepts, aperçus historique, classification, étiologie, diagnostic, traitement. Le côté psychologique : l'annonce de diagnostic, les règles de diagnostic, le vécu psychologique, les trouble lies, l'approche neuropsychologique. Le troisième chapitre présentera la définition, des principaux facteurs, les conséquences, le rendement scolaire.

La deuxième partie est celle de la partie pratique qui se compose d'un chapitre les études antérieures qui correspond à notre recherche.

Enfin nous avons achevé notre étude par une conclusion générale suivit d'une liste bibliographique.

# **La partie théorique**

# **Chapitre I**

## **Le cadre général de la problématique**

### Problématique

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un petit adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières l'enfance est une étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte. (Nobert.S, 2003, p, 97).

Le développement de l'enfant est un processus dynamique et continu dans différent domaine moteur affective, Cognitive, social. Devant son développement, il peut rencontrer de multiple problème qui peuvent être mal interpréter par son fonctionnement neurologique qui provoque des crises d'épilepsie qu'aura de l'influence sur sa vie.

L'enfant épileptique est toujours un enfant malade, il diffère des autres (épileptique), il n'est pas aliéné, mais il est malade et sujet a des période d'infirmité, d'impuissance pendant toute sa vie. C'est là le fait dont il faudrait tenir compte dès le commencement. Quand un enfant est affligé d'une aussi terrible maladie tous les efforts devraient tendre à faire de lui un être à la fois agréable et utile à ses semblables. (Berbillon. E,1894, p188).

Pour dire d'un enfant est épileptique, il faut d'abord déterminer si l'enfant est porteur d'une épilepsie partielle ou généralisé, lésionnelle ou fonctionnelle et il s'agit de tel ou tel syndrome épileptique.

Parmi les maladies qui affectent le cerveau de l'être humain on trouve les maladies neurologiques qui affectent le système nerveux central ou périphérique, il existe une grande diversité des maladies neurologique tels que : la maladie d'Alzheimer, l'accident vasculaire cérébrale, la migraine et l'épilepsie.

Cette dernières, liée à un fonctionnement anomal des neurones, entraînant

une décharge exceptionnelle qui provoque une crise d'épilepsie.

Une crise d'épilepsie ou crise comitiale est un mouvement, un comportement ou un état de conscience anormal consécutif à la décharge pathologique d'un groupe de neurones, qui traduit un dysfonctionnement au niveau du système nerveux central. Elle peut relever de facteurs transitoires tels qu'une hypoglycémie ou une déficience en oxygène. En tant que maladie chronique, l'épilepsie frappe des individus dont le seuil d'apparition des crises épileptiques est significativement plus bas que celui de la population moyenne.

Crise d'épilepsie c'est une manifestation clinique d'une décharge excessive et anormale d'une population de neurones cérébraux incluant corticales. (Jallon. P,1988, p .9).

En France L'épilepsie de l'enfant est une pathologie fréquente, dont la prévalence à l'âge scolaire varie, entre...4 et 7 pour 1 000, et de 0,5 à 1% pour tous les enfants de la naissance à 16 ans.la prévalence des épilepsies, chez les enfants de moins de 15 ans, est évaluée à 5,84/1 000 ou 0,58%.47, il est estimé que chaque année, environ 4000enfantsde moins de 10 ans développent une épilepsie.

En Algérie « La prévalence de l'épilepsie en Algérie est de 1%, et près de Personnes épileptiques entre enfants et adultes ont été enregistrés en 2016, dont 60% des cas surviennent avant l'âge. Algérienne de Neurologie(SAN) et président de la Ligue Nationale de lutte Contre l'Epilepsie(LNCE) en 2016, à la presse médicale algérienne.

Les crises épileptiques survenant au cours de la première année ne peuvent être décrites que lorsque leur expression est motrice ou végétative. Chez l'enfant comme chez l'adulte. On distingue deux principaux types de crises : les crises partielles qui débutant e un point localise du cortex et les crises généralisées ou le cortex des deux hémisphères parait concerne et qui S'accompagnant de signes moteur et d'une perte de connaissance. ( Arzimanoglou.A, 1997, p .21)

Après une période de la vie, l'enfant doit quitter le contexte familial et s'intégrer à son tour dans une société plus large. L'école est considérée comme un deuxième lieu d'interaction et d'acquisition des connaissances, où l'enfant passe la plupart de son temps dans une école pour suivre son développement cognitif, et enrichi d'avantageuses connaissances. Dans le monde scolaire, en parle de l'évaluation des connaissances acquises c'est ce que na appeler le rendement scolaire.

Le rendement scolaire : c'est comme un ensemble de savoir que l'école transmettent aux élèves, si l'on fixe une norme ou une valeur (score) prédite, le rendement scolaire peut être positif ou négatif. selon la théorie de l'origine sociale des élèves explique le rendement scolaire à partir d'un ensemble de bagage culturelle accumuler au sein des groupes sociaux de référence et qui ont un impact sur le rendement scolaire. (Iyiny.R,2017,p .36).

D'après les neurologues et l'approche neuropsychologie l'épilepsie de l'enfant sont associées à des comorbidités neuropsychologiques et psychiatriques fréquentes.

L'approche neuropsychologie étudie les relations entre le système nerveux central (central) et les fonctions mentales et psychiques à l'aide des tests psychologique, elle essaye de recenser les processus cognitifs respectif ainsi que les fonctions liées à l'apprentissage et à la mémorisation. Elle nous aide à comprendre les troubles des apprentissages scolaires et de comportement des enfants avec épilepsie.

A Partir de ces donnes concernant les crises d'épilepsie et le rendement scolaire Ce que nous a menés à poser les questions suivantes :

A ce que les crises d'épilepsie chez les enfants âge de 6a 12ans influencent- il négativement sur le rendement scolaire ?



### **Hypothèse :**

Les crises d'épilepsie chez les enfants âgés de 6 à 12 ans influencent négativement sur le rendement scolaire.

### **Définition et opérationnalisation des concepts clés :**

**Enfant :** Garçon ou fille dans l'âge de l'enfance. Elle enseigne à de jeunes enfants.

**Les crises d'épilepsie :** sont des manifestations cliniques paroxystiques liées à une activité électrique anormale et synchronisée de neurones du cortex cérébral. Leur expression est motrice, sensitive, sensorielle et/ou psychique, et elles sont accompagnées d'une perte de connaissance. La sémiologie des crises épileptiques dépend de la topographie et de la propagation des décharges neuronales.

**Le rendement scolaire :** le rendement scolaire désigne l'évaluation des connaissances acquises dans le cadre scolaire ou universitaire.

#### **Enfant : se traduit comme suit :**

- Être humain dans la période d'enfance.
- Un être qui est en développement dynamique.
- L'enfant est un être en pleine croissance

#### **Les crises d'épilepsie se traduisent comme suit :**

- La décharge électrique anormale des neurones.
- Une activité anormale des neurones.
- Une personne souffrant d'une affection cérébrale.
- Une décharge excessive des neurones cérébraux.
- Manifestation clinique dépend du site initial de la décharge épileptique.

### **Le rendement scolaire se traduit comme suit :**

- Le résultat des connaissances acquises au cours de parcours scolaire.
- Le résultat peut conduire l'élève à la réussite ou à l'échec.

### **L'objectif de la recherche :**

Notre recherche va se concentrer sur des objectifs suivant :

- A acquérir plus d'information sur l'enfant épileptique
- Découvrir son influence sur le rendement scolaire.
- Prévenir l'établissement scolaire des mesures à prendre face à cette situation.

# **Chapitre II**

## **Le développement de l'enfant**

### **Préambule :**

L'enfant depuis sa conception intra-utérine jusqu'à l'adulte se développe simultanément et souvent en interdépendance dans différents domaines : développement cognitive, développement psychoaffectif, le développement neurologique, développement moteur.

### **1- Définition de l'enfant :**

Un enfant est un être humain, mâle ou femelle, dans sa période de développement située entre la naissance et l'adolescence. (Bloche. H et al, 1999, p. 481).

Selon PELLETIER l'enfant est « Un processus progressif et continu de croissance simultanée de toutes les dimensions de la personne. Il sous-entend l'acquisition de connaissances, la maîtrise d'habiletés et le développement d'attitudes sur les plans cognitif, psychomoteur, social, affectif et moral ». (Bouchard et Frechette, 2011).

### **2- Développement de l'enfant :**

L'étude de l'enfant comme être spécifique de la naissance à l'adolescence, portent notamment sur ses caractéristiques physique et affectives, ainsi que sur ses facultés cognitives, linguistiques et perceptives.

#### **2.1. Le développement neurologique :**

##### **2.1.1. Anatomie de système nerveux**

Le système nerveux et compose de deux parties, le système nerveux central et le système nerveux périphérique.

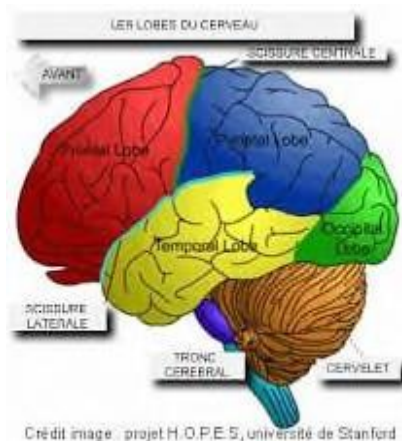
Le cerveau et la moelle épinière constituent, Le **système nerveux central** il est responsable de l'émission des influx moteurs et de la création des processus de réflexion.

#### **Le système nerveux périphérique :**

Est composé d'un ensemble de nerfs crâniens provenant de l'encéphale

et de nerfs spinaux issus de la moelle épinière rachidiens transmettent les influx nerveux et sensitifs, ils ont un rôle dans la réponse motrice et sensitive. (Pidoux.M,2016-2017, p. 6-7).

Le cerveaux ou encéphale se divise en un hémisphère droit et hémisphère gauche chacun subdivisés en quatre lobes :



**Figure n°1 : schéma d'une vue latérale de l'encéphale**

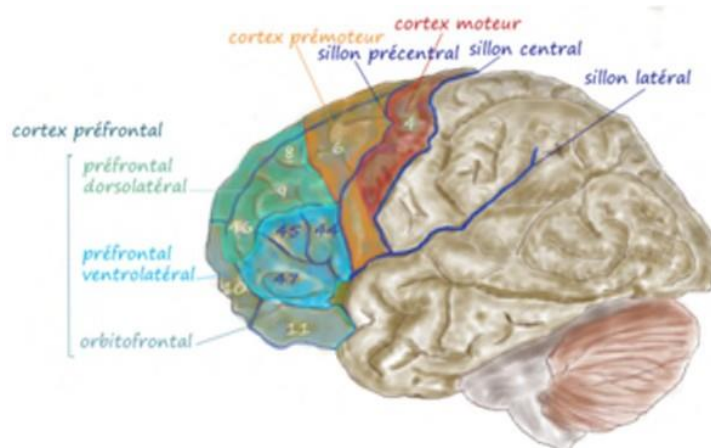
- Le lobe pariétal remplit des fonctions essentielles pour le langage (écriture lecteur et parole), le calcul et le traitement des informations sensorielles.
- Le lobe occipital, permet la reconnaissance des couleurs, formes et d'autres signaux visuels.
- Le lobe temporal, le lobe pariétal, est impliqué dans le langage (sens des mots par ailleurs, il est concerné par la mémoire visuelle lobe temporal droit) et la mémoire verbale (lobe temporal gauche).
- Le lobe frontal, contrôle les mouvements volontaires ; la volonté le langage, la conscience de soi. C'est le chef d'orchestre de la cognition avec la résolution de problème et de planification. Il se développe jusque dans la vie adulte.

### **2.1.2. Localisation des fonctions de la cognition et de l'apprentissage**

Le système nerveux permet au corps humain de s'adapter à son environnement il reçoit des informations internes et externes, qui intègre et traite pour produire une réponse adaptée aux stimuli qu'il a reçu.

Le cortex préfrontal est présent à toutes les étapes de la mémorisation encodage, consolidation, rappel. Son rôle est à la fois d'orienter l'attention visuelle, de créer des liens entre les éléments mémorisés donc apprendre et d'inhiber les informations distrayantes. Lorsque le cortex préfrontal est atteint, les capacités d'apprentissage et de mémorisation sont fortement perturbées quantité de mémoire limitée, difficulté à faire des liens, enregistrements des informations non pertinentes ; etc. C'est cette zone qui est atteinte dans les troubles de l'attention et l'hyperactivité.

Le développement du cortex préfrontal se déroule de la naissance à l'adolescence, il est essentiel pour le développement cognitif. Il se subdivise en trois grandes régions.



**Figure n° 2** : schème du cortex frontal

- Le cortex orbito-frontal qui a pour fonction la gestion des émotions et des

habilités sociaux. Ainsi que la régulation et de supervision des fonctions cérébrale.

- Le cortex ventro-latéral qui a une fonction importante sur la planification, la mémoire de travail, le maintien de l'attention ou la régulation de l'action.
- Le cortex dorso-latéral qui a pour fonction la planification, la mémoire de travail la régulation de l'action et des fonctions intellectuelle supérieurs.

**Le système limbique**, constitué de l'amygdale et de l'hippocampe, est lui implique dans les émotions, le sommeil, l'attention la régulation de corps, les hormones, la sexualité et l'odorat, il est également la source de la chimie du cerveau : les neurotransmetteurs.

- L'amygdale est connectée à de nombreuses zones du cerveau, elle est à l'instinct, l'émotion, les sens et la cognition.
- L'hippocampe est le siège de la mémoire déclarative sémantique et épisodique, puis ces informations sont stockées dans d'autre zones corticales. Il sélectionne l'afflux des informations et les données nouvelles, il a donc une action sur notre attention. Un stress mesuré, contrôle et de courte durée favorise la mémorisation. (Ibid, p. 7-8).

### **2.2. Le développement psychoaffectif de l'enfant :**

L'enchaînement avec les différents stades est évidemment très progressif et chacune des problématiques successives (orale, anale, phallique) laisse derrière elle des traces qui s'organisent en stades successives susceptibles, selon les cas, de cristalliser des points de fixation, vers convergeront les éventuelles régressions ultérieurs. (Golse.B, 2015, p .10).

#### **2-2-1 . Les stades prégénitaux :**

Ce sont les stades qui précèdent l'organisation du complexe d'œdipe, c'est-à-dire les stades se situant avant la réunification des différentes pulsions partielles.

On distingue classiquement : le stade oral, le stade anal et le stade

phallique

### **A. Le stade oral :**

Il recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments, mais aussi prise d'informations au sens large.

La zone érogène prévalent ou source pulsionnelle est donc la zone bucco labiale, le carrefour aérodigestif jusqu'à l'estomac et aux poumons, les organes de la phonation mais aussi tous les organes sensoriels, avec une importance particulière dévolue à la vision et au toucher (importance de la peau). Que ce soit la nourriture ou les informations sensitivo-sensorielles (nutrition ou perception) il s'agit de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieur : on mange ou on dévore des yeux, on boit des paroles. (Golse.B, 2015, p. 11)

L'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut. À cette époque, la fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant et très rapidement le plaisir oral vient s'étayer sur l'alimentation. (Golse.B, 2008, p. 18).

Le but pulsionnel est double : d'une part un plaisir autoérotique par stimulation de la zone érogène orale et d'autre part un désir d'incorporation des objets, si tant est que la notion d'objet ait déjà un sens à ce stade anobjectal.

En avalant l'objet, l'enfant se sent uni à lui, et ce sont ces incorporations primitives qui fourniront le prototype des identifications et introjections ultérieures ce stade, avoir l'objet en soi équivaut à être l'objet (ibid, p.18 ) Le sevrage représente le conflit relationnel spécifique de cette période.

C'est la crise liée à l'ablactation. En réalité, plus que l'introduction d'aliments

Non lactés, c'est l'introduction d'une alimentation à la cuiller qui peut



être source de difficultés en amenant une discontinuité supplémentaire entre les cuillerées au moment même du repas. Celle-ci doit être compensée par un holding renforcé de la part de la mère (toucher, regard, paroles). (Golse.B, 2015, p. 12).

### **B. le stade anal**

Il recouvre approximativement la deuxième année de la vie et l'on peut dire que c'est une année consacrée à la maîtrise ou à l'emprise (pulsion d'emprise).

Le plaisir anal (étayé sur l'excrétion des selles) existait déjà auparavant mais il va désormais se conflictualiser. (ibid, p. 13)

La zone érogène prévalent ou source pulsionnelle est la muqueuse anorecto- sigmodienne, voire toute la muqueuse digestive au-delà de l'estomac. Ce n'est donc pas un investissement purement orificiel et celui-ci va d'ailleurs s'étendre au-delà des sphincters et des parois digestives jusqu'à l'ensemble de l'appareil musculaire. À ce stade, il s'agit soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi, soit de les expulser après destruction. (Golse.B, 2008, p. 20).

L'objet pulsionnel est cependant relativement complexe car il ne peut être réduit au boudin fécal, la mère et plus généralement l'entourage étant également à cette époque un objet partiel fonctionnel à maîtriser et à manipuler.

Là encore le but pulsionnel est donc double : d'une part un plaisir autoérotique par stimulation de la zone érogène anale grâce aux selles (objet libidinal intermédiaire), d'autre part une recherche de pression relationnelle sur les objets et les personnes qui commencent à se différencier.

L'enfant considère en effet ses selles comme une partie de lui-même qu'il peut soit expulser, soit retenir (distinction progressive entre le dedans et le dehors) et qui devient ainsi une monnaie d'échange entre lui et l'adulte. (Golse.B,2015,p.13-14).

### C. Le stade phallique :

Annonçant et précédant la problématique œdipienne, il instaure une relative unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, mais sans qu'on puisse encore parler véritablement de génitalisation de la libido. Il se centre autour d'une thématique liée à l'absence ou à la présence de pénis. Il recouvre approximativement la troisième année de la vie et c'est en quelque sorte une période d'affirmation de soi.

La zone érogène prévalent ou source pulsionnelle est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention, Comme le plaisir anal, ce plaisir urétral comporte une dimension auto-érotique et aussi une dimension objectale (fantasme d'uriner sur autrui).

La masturbation secondaire s'étaye sur ce plaisir excrétoire et certaines énurésies peuvent être interprétées en termes de fantasme masturbatoire inconscient. . (Golse.B ,2008 ,p. 15).

Le contrôle du sphincter vésical donne lieu à une surestimation narcissique avec toute une dialectique entre les sentiments de honte liés aux échecs et l'ambition, représentant spécifique de la lutte contre la honte. C'est à ce stade que se manifeste la curiosité sexuelle infantile L'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes, c'est-à-dire de la présence ou de l'absence de pénis. Dès lors le stade phallique va être en quelque sorte une période de déni de cette différence et ceci tant chez le garçon que chez la fille. (Ibid,p.15).

C'est à cette époque que se structurent certains fantasmes liés à la scène primitive et que se manifestent un certain exhibitionnisme et un certain voyeurisme .

Au total, le stade phallique demeure un stade pré-génital car le pénis est davantage conçu comme un organe porteur de puissance ou de complétude que comme un organe strictement génital. C'est un stade qui demeure en grande partie

narcissique et non pas objectal. (Ibid, p.22).

### **Le complexe d'Œdipe :**

Le complexe d'Œdipe est le point nodal qui structure le groupe familial et la société humaine toute entière (prohibition de l'inceste), c'est le moment fondateur de la vie psychique assurant le primat de la zone génitale, le dépassement de l'autoérotisme primitif et l'orientation vers des objets extérieurs.

Le complexe d'Œdipe permet l'avènement d'un objet global, entier et sexué. Il joue enfin un rôle crucial dans la constitution du Surmoi et de l'Idéal du Moi. La période œdipienne se situe approximativement entre 4 et 7 ans. (Golse.B ,2015, p.16-17).

### **D. La période de latence :**

C'est une période classiquement conflictuelle, se situant entre 7 et 12 ans. Le point essentiel consiste en une relative obsessionnalisation de la personnalité que l'éducation et l'enseignement savent d'ailleurs mettre à profit pour demander à l'enfant l'acceptation de rythmes réguliers et d'une discipline plus précise (soumission à la règle). Cette obsessionnalisation ou plutôt ces tendances obsessionnelles reposent sur la mise en place de formations réactionnelles (dégoût, pudeur) qui vont permettre à l'enfant de se dégager peu à peu des conflits sexuels de la période précédente. Ainsi apparaissent les sentiments de tendresse, de dévotion et de respect envers les images parentales qui correspondent au renversement de motions agressives inverses en ce qui concerne le parent du même sexe, alors qu'elles renvoient à un processus de sublimation quand il s'agit du parent du sexe opposé.(Golse.B ,2008 ,p. 25).

On assiste aussi à une déssexualisation progressive des pensées et des comportements grâce à tout un travail de refoulement permettant les sublimations. Celles-ci, en déplaçant les buts pulsionnels vers des objectifs plus socialisés

donnent lieu à une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages pédagogiques mais l'énergie de ces nouveaux intérêts demeure bien sûr issue des intérêts sexuels originels. Enfin, on constate une extension extrafamiliale de la problématique œdipienne. Ceci va permettre l'attraction de l'enfant vers de activités sociales plus larges et des milieux relationnels différents (école, groupes d'enfants...) grâce au déplacement des conflits primitifs sur des substituts des images parentales. Ce phénomène concourt grandement à la liquidation du complexe d'Œdipe. (Golse.B ,2015, p. 18-19).

### **E. la puberté et l'adolescence :**

On ne peut pas parler de stade ou de période, mais plutôt d'une crise qui vient clore soudainement la période de latence. L'adolescence est centrée par une crise narcissique et identificatoire avec des angoisses intenses quant à l'authenticité et à l'intégrité de soi, du corps et du sexe.

Parallèlement aux modifications physiques et somatiques bien connues, on assiste à des émergences pulsionnelles massives qui viennent déséquilibrer les rapports entre les instances intrapsychiques. Le Moi se sent envahi par une angoisse pulsionnelle face à laquelle il va devoir se défendre. On décrit alors une réactivation de la problématique œdipienne avec déplacement sur des substituts parentaux idéalisés (professeurs, artistes) mais aussi une réactivation des problématiques prégénitales et notamment orales (anorexie mentale, toxicomanie, tabac) .(Golse.B,2015 ,p.19).

La masturbation (tertiaire) est hyper culpabilisée et peut éventuellement introduire l'adolescent à de graves inhibitions ou venir cristalliser une possible structure compulsive ou obsessionnelle.

On constate à cette époque une tendance au passage à l'acte (qui permet de faire l'économie de la mentalisation des conflits), une manipulation de l'idée de mort (s'intégrant dans une tendance à l'abstraction et à la métaphysique qui déplace les conflits sur le terrain intellectuel) et l'émergence

fréquente d'idées dépressives. L'adolescence est en effet une période de renoncements multiples. (Gosle.B,2008, p. 26).

### **2.3. Le développement cognitif**

Pour expliquer et comprendre le développement cognitif, nous suivrons la théorie de Piaget qui considère qu'il résulte d'interaction complexes entre la maturation de système nerveux et de langage, et des interactions sociale et physique de l'enfant avec son environnement.

Piaget définit quatre périodes principales dans le développement de l'enfant, chaque période se caractérise par une structure d'ensemble, et correspond à un palier d'équilibration. Il se succède dans le même ordre pour tous les enfants, le développement cognitif se construit en même temps que le développement affectif et moteur de l'enfant.

#### **2.3.1. Le stade de l'intelligence sensori-motrice (0 à 2 ans)**

L'objectif de Piaget est de dégager « une embryologie de la raison ». Dès la naissance, le bébé est au centre d'une multitude de relations mais cependant, il ne se distingue pas au début du monde qui l'entoure. Cet état initial d'indifférenciation par rapport à l'environnement constitue ce que Piaget a appelé l'égoïsme.

La période de 0 à 2 ans se caractérise principalement par la mise en place et le développement sensoriel et moteur. L'intelligence sensorimotrice est une intelligence d'action : l'enfant ne pense pas en dehors de ce qu'il perçoit, de ce qu'il agit dans l'instant. C'est une intelligence sans pensée, ni représentation, fugace et non encore différée.

C'est l'action qui est primordiale. (Clement.C et Dement.E ,2008 ,p . 58).

#### **2.3.2. Le stade de l'intelligence préopératoire (2 à 7-8 ans)**

Cette période est marquée par deux caractéristiques importantes.

### **A. L'émergence de la fonction sémiotique ou symbolique**

Elle permet les évocations mentales d'objets ou événements absents au moyen de signes ou de symboles.

L'action demeure l'instrument principal du développement de connaissances mais l'enfant peut dorénavant se représenter une action dans sa tête. Le stade préopératoire se caractérise ainsi par le passage de l'action effective à l'action intériorisée (effectuée en pensée). L'intériorisation de l'action est rendue possible grâce à l'émergence de la fonction sémiotique ou symbolique. En effet, l'enfant devient capable de se représenter mentalement, d'évoquer un objet ou une situation (un signifié) en son absence à l'aide de différents signifiants (ce qui sert à représenter) sous forme pement cognitive ; et symboles (ressemblance avec le signifié) ou sous forme de signes (arbitraires et conventionnels). L'imitation différée, les jeux symboliques, les dessins ou enfin le langage constituent les instruments de la fonction symbolique. (Ibid. ,p.58).

### **B. La prépondérance de l'égoïsme de sa pensée**

Pendant cette période, l'enfant reste néanmoins dépendant des apparences, de ses perceptions. Sa pensée est prisonnière de l'aspect des données : l'enfant juge en fonction des données perceptives (par exemple, il croit qu'un objet qui a changé de forme a aussi changé de quantité ou de poids). Il raisonne de façon unidimensionnelle, ce qui sera à l'origine d'erreurs typiques de raisonnement.

L'enfant est incapable d'envisager et de coordonner tous les aspects des situations et incapable d'adopter un autre point de vue que le sien propre. Ce n'est donc qu'après 7 ans que l'enfant deviendra capable de coopération lorsqu'il sera en mesure de coordonner différents points de vue ou d'actions émanant respectivement de différents individus. (Ibid, p .58-59).

### **2.3.3. Le stade des opérations concrètes (de 7-8 ans à 11-12 ans)**

À partir de 7 ans, on ne parle plus d'actions (comportement observable) mais d'opérations (type d'action particulière). Il y a changement de structures : la pensée devient opératoire. L'enfant est capable d'effectuer des actions virtuelles, non effectives, et cela mentalement. Les premières opérations sont toujours liées à l'action et portent directement sur des objets concrets présents ou immédiatement représentés. (Clement.C et Dement .E,2008 ,p .60 )

### **2.3.4. Le stade des opérations formelles (à partir de 11-12 ans)**

Ce stade marque la 3e étape de la connaissance, s'accomplit au terme de l'enfance et prépare l'adolescence. La spécificité des opérations concrètes est de porter directement sur les objets avec un raisonnement indissociable de son contenu. Les opérations formelles vont libérer le raisonnement de son contenu. L'enfant devient capable de raisonner non plus sur un matériel concret mais sur de simples hypothèses.(Ibid ,p .61)

On assiste donc à un changement de niveau avec l'apparition de la pensée formelle et raisonnement hypothético-déductif: la pensée formelle: elle opère sur un matériel symbolique, sur des systèmes de signes conventionnels tels que le langage ou le symbolisme mathématique, expression des idées et des représentations; le raisonnement formel: il procède par hypothèses et par déductions. Il est appelé « hypothético-déductif » car il est capable de déduire les conclusions à tirer de pures hypothèses et non pas seulement d'une observation réelle et concrète. Il s'agit en fait d'une inversion des relations entre le possible et le réel:

au lieu que «le possible se manifeste simplement sous la forme d'un prolongement du réel ou des actions exécutées sur la réalité, c'est au contraire le réel qui se subordonne au possible».( Gasle.B,2008, p .184).

### **2.4. Le développement moteur :**

Concerne l'amélioration, avec l'âge et la pratique, des aptitudes et de la performance motrice des enfants. Cette amélioration résulte de l'association de

deux facteurs : l'évolution des structures neuromusculaires et la pratique d'activité motrices. Ainsi, c'est à cet aspect que l'éducation motrice, partie prenante de l'éducation physique et à la sante préscolaire, primaire, s'adresse afin de renforcer le contrôle moteur des enfants et améliorer leur coordination et leur performance motrice. Dans cet aspect on trouve différents types la croissance, motricité globale motricité fine, et la coordination. (Bouchard. C et Fréchette.N ,2011, p .56).

### **2.4.1. Croissance :**

La croissance morphologique qui concerne la taille et le poids de l'enfant et certainement l'aspect le plus visible de la métamorphose du 6 à 9 ans .la croissance comprend effectivement deux grandes composantes que nous présentons dans la prochaine section :la croissance staturale, croissance pondérale. (Caroline.B et Nethalie .E,2011, p. 57).

#### **2.4.1.1. Croissance staturale :**

Entre la naissance et la fin de l'adolescence, la taille augmente d'environ 3,5 fois l'enfant grandissant en moyenne de 5 à 8 cm par année. Ces changements résultent de l'accroissement de la taille des os composant le squelette axial, soit celui de l'axe vertical du corps, le crâne la colonne vertébrale, le bassin et les jambes.6 à 9 ans, les tailles moyennes et le poids des garçons et des filles s'équivalent. (Ibid, p.58).

#### **2.4.1.2. Croissance pondérale :**

Globalement, le poids d'une personne adulte est d'environ 20 fois supérieur à celui de sa naissance. En moyenne, le poids augmente de 2500 g par an entre l'âge de 2 ans et adolescence. Le poids, ou la masse corporelle totale, résulte de somme de la masse de tissus maigres (MTM), que constituent les os les muscles, le système nerveux, le sang et les organes internes, et de celle des tissus (MTG) ou tissus sous – cutanés .si, jusqu' aux environs de 2 ans, les filles



et les garçons ont a peu de chose proportion de ces deux masses, après cet âge, l'écart se creuse. En effet, le rapport MTG/MTM diminue pour les garçons, mais augmente pour les filles, essentiellement parce que ces dernières possèdent davantage de tissus gras et les premiers plus de muscles. (Fouchard. C et Frechette.N,2011, p. 59-60).

### **2.4.2. Motricité globale :**

La motricité globale de l'enfant de 6 à 12 ans (l'ensemble des mouvements de son corps en activité) témoigne d'une coordination de divers types d'habiletés et d'une rapidité dans les réflexes, harmonie, endurance, maîtrise et adresse se manifestent à travers la variété des activités physiques et sportives : gymnastique, tennis, badminton, natation ski, sauts à la corde, etc. (Mkhoul-mirza. H ,1994, p .45).

### **2.4.3. Motricité fine :**

Dans les activités de motricité fine, nous pouvons soit utiliser une main, manuelle. Dans ce dernier cas, il faut coordonner les mouvements des deux mains, ce que l'on appelle la coordination bi manuelle. Les prochaines sections présentent ces aspects de la motricité fine : l'apprentissage de la calligraphie et la coordination manuelle ou celle des deux mains dans les activités bi manuelles. (Bouchard.C et Frechette.N,2011, p .73).

#### **2.4.3.1. Calligraphie :**

Dès son entrée scolaire, l'enfant maîtrise déjà très bien sa motricité manuelle dans les activités de la vie quotidienne, ludiques ou liées à l'alimentation. Pour les activités associées à un apprentissage comme l'écriture ou le découpage, l'élève profitera des contextes signifiants proposés par son enseignante, ou il pourra s'exercer régulièrement dans des situations variées. Par exemple, Annette, enseignante en 1<sup>ère</sup> année, consacre du temps quotidien pour faire écrire les élèves le plus possible et dans différents contextes. Elle profite

aussi de toutes ces occasions pour modéliser des pratiques. la maîtrise du geste graphique de l'écriture, soit la vitesse et la lisibilité, facilite l'apprentissage des autres aspects de l'écriture ; au préscolaire aussi bien qu'au primaire. (Ibid, p. 73).

### **2.4.3.2. Coordination manuelle et bimanuelle :**

Les activités motrices manuelles ou manipulatoires sont normalement guidées visuellement et nécessitent de la dextérité, mais aussi de la coordination visuomanuelle à 6 ans les informations proprioceptives et visuelles du déplacement de la main sont bien associées chez l'enfant .Arielle, 7 ans , dirige sa main vers son crayon, sans avoir à la suivre de regard tout au long de son déplacement , alors que sa sœur Juliette , 4 ans , doit ajuster la trajectoire finale de sa main vers le crayon , en s'aidant de sa vision.(Ibid,p.85).

### **Synthèse**

Pour conclure ce chapitre on peut dire qu'il est difficile d'établir une image claire entre les différentes étapes du développement ainsi que ce développement reste un chemin compliqué long à parcourir et les caractéristiques sont différentes d'un enfant à l'autre.

# **Chapitre III :**

## **Les crises d'épilepsie**

### **Préambule :**

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique la plus fréquente chez l'enfant et la deuxième chez l'adulte. Elle se caractérise par la répétition de crises épileptiques qui surviennent de façon aléatoire. Elle se caractérise par une augmentation soudaine de l'activité électrique dans le cerveau, entraînant une perturbation temporaire de la communication entre les neurones.

A la lumière de ce qui a été dit nous avons consacré ce chapitre à la présentation générale de cette maladie, d'abord un aperçu historique puis les définitions, en mentionnant les types de crises d'épilepsie et leurs traitements.

### **I. Aspect médical :**

#### **1- Définition des concepts :**

##### **1.1. Épilepsie :**

Le terme épilepsie dérive du mot grec epilambanein : surprendre. Il fait référence à la survenue de crise, caractéristique fondamentale de l'affection épileptique dont l'aspect paroxystique et imprévisible surprend aussi bien l'intéressé que l'entourage.

L'épilepsie désigne une maladie chronique d'origine cérébrale qui se manifeste par la répétition de crises. Crise épileptique et épilepsie ne sont pas synonymes. L'épilepsie, maladie chronique, s'exprime par des manifestations aiguës, les crises épileptiques. (Moulinier.M,1997, p .1).

##### **1.2. Crise épilepsie :**

Une crise d'épilepsie correspond à l'apparition brutale et excessive de décharge de potentiels électriques au sein d'une population de neurones du cerveau. Cette activité neuronale provoque un changement soudain et transitoire du comportement. On ne peut parler de crises épileptiques lorsqu'apparaît un changement comportemental paroxystique sans décharge neuronale associée.

(Moulinier.M,1997, p. 1).

### 2- Aperçu historique d'épilepsie :

L'épilepsie a inscrit à travers les siècles, dans la mémoire collective des Populations des représentations qui varient selon les cultures et sociétés différentes. Elle a toujours été source de tensions entre conception magique et conception scientifique, entre croyances superstitieuses et explications rationnelles.

Le terme épilepsie trouve son origine du grec « épilepsie » qui vient du la racine Du verbe « epilembenien » qui signifie « saisir » ou « prendre par surprise».

Hippocrate, vers 400 av. J.C., dans un traité intitulé Maladie sacrée (nom donné à l'épilepsie à cette époque) propose le premier témoignage de la médecine rationnelle s'opposant aux théories médico-religieuses. Il écrit : « Elle ne me paraît nullement plus divine que les autres maladies ni plus sacrée, mais de même que toutes les autres maladies ont une origine naturelle à partir de laquelle elles naissent, cette maladie a une origine naturelle et une cause déclenchante. Les hommes, cependant, croient qu'elle est une œuvre divine du fait de leur incompetence et de Aux autres.....et si c'est à cause de son aspect étonnant qu'on doit la croire divine, il y aura en ce cas beaucoup de maladies qui seront sacrées, et non pas une seule ». Dans une seconde partie, il expose ses propres vues sur l'origine de la maladie : « Mais en fait, c'est le cerveau qui est responsable de cette affection ». (Vincent.A,2004, p. 5)

Cependant, malgré le génie d'Hippocrate, les discussions quant à l'origine de la maladie seront nombreuses au cours des différentes périodes de l'histoire et l'idée reconnaissant l'épilepsie comme étant un trouble du cerveau mettra plus de 2000 ans avant d'être acceptée. C'est que dans la seconde moitié du 19e siècle, sous l'impulsion des travaux de John Hughlings Jackson, que l'épilepsie passera définitivement, au niveau scientifique, du champ de la

psychiatrie à celui de la neurologie.

Ce concept fut validé en 1873 grâce aux travaux du londonien Huggins Jackson

Qui a émis l'hypothèse que les crises d'épilepsie étaient provoquées par des décharges électrochimiques brutales d'énergie dans le cerveau

Un autre aspect historique frappant de l'épilepsie réside dans le fait que cette maladie a toujours porté une signification sociale particulière, suscitant surtout le rejet, et donc la honte, jusqu'à confiner le malade dans la solitude et la marginalisation.

Aujourd'hui encore, la vie d'un épileptique porte un lourd tribut à cette symbolique chargée, double héritage d'un passé mêlé d'une composante irrationnelle, irréductible aux yeux de certains et d'une expression clinique de la grande crise impressionnante qui provoque trop souvent effroi et stupeur.

L'épilepsie est une maladie universelle, au sens où elle ne fait aucune distinction entre les classes sociales ou les régions du monde. Le degré d'intelligence n'est pas en cause.

L'histoire est riche d'épileptiques célèbres, parmi lesquels Jules César, Dostoïevski, Van Gogh, Flaubert, Nobel ou encore Napoléon. (Ibid,p .6)

En 1920, le psychiatre allemand Hans Berger met au point la technique de l' électroencéphalographe (EEG), a confirmé l'existence de la décharge électriques excessives au niveau des neurones cérébraux .il a également permis de différencier les types d'ondes électriques correspondant aux diverse crise ,et de localiser les sites des décharge électrique .le diagnostic et le traitement de l'épilepsie ont été améliorés au cours des dernières décennies par le développement de la neurochirurgie mais aussi de la neuro-imagerie structurelle et fonctionnelle (notamment scanographie IRM et tomographie par émission de positron). Ces techniques ont permis de montrer que l'épilepsie trouvait son origine dans un grand nombre de lésions cérébrales souvent subtiles.

(Basdevant,2011, p 3- 4)

### 3- Classification :

**Tableau 1 : Classification des crises épileptiques propose par la ligue internationale contre l'épilepsie :**

**1. crises partielles (crises focales) :**

**A/. Les crises partielles simples**

Avec signes moteurs

Avec signes somato-sensitifs ou sensoriels

Avec signes végétatifs

Avec signes psychiques

**B/. les crises partielles complexes**

Début partiel simple suivi de troubles de la conscience et/ou d'automatismes

Avec trouble de la conscience dès le début de la crise, accompagnée ou non d'automatismes

Crises partielles secondairement généralisées

Crises partielles simples secondairement généralisées

Crises partielles complexes secondairement généralisées

Crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe, puis vers une généralisation secondaire

**2. Crises généralisées :**

Absences Absences

Absences atypiques

Crises myocloniques

Crises cloniques

Crises toniques

Crises tonicocloniques

Crises atoniques

**3. Crises non classées**

La classification de la ligue internationale contre l'épilepsie distingue deux groupes de crises : les crises généralisées et les crises partielles.

### **3.1- Les crises généralisées :**

Résultent de décharges épileptiques qui intéressent d'emblée le cortex des deux hémisphères cérébraux et se traduisent sur l'EEG par des anomalies paroxystiques bilatérales, synchrones et symétriques, l'origine exacte des crises reste incertaine.

La perte de conscience est l'expression clinique commune des crises généralisées. Les manifestations motrices et végétatives associées permettent de différencier plusieurs types de crise généralisées, qu'il est classique de regrouper improprement en crise convulsives, dont la crise généralisée tonico-clonique (anciennement crise grand mal) est la plus commune. Une crise non convulsive, dont les plus caractéristiques sont les absences brèves (anciennement absences petit mal). (Moulinier.M, 1997, p. 11).

#### **A. La crise généralisée tonico-clonique :**

Elle se déroule en trois phases suivies d'une phase stertoreuse .au cours de la phase tonique, le sujet perd brutalement conscience, émet un cri et présente une hypertonie des quatre membres durant plusieurs secondes avec apnée. Érythrose ou cyanose. La phase clonique est faite de la succession de secousses rythmique. Enfin après une dernière secousse, le sujet reste inerte, reprenant une respiration ample et bruyante caractérisant la phase stertoreuse. (Arzimanoglou. A et al,1997, p. 23).

#### **B. Crises myocloniques :**

Ce sont des secousses brusques et brèves prédominant aux racines des membres supérieurs, survenant sous forme de décharges de quelques secondes. Les myocloniques massives bilatérales sont constituées par une secousse en éclair intéressant principalement les membres supérieurs. (Ibid, p .23).



### **C. Absences :**

Maladie de l'enfant, débutant le plus souvent avant 10 ans, persistant très rarement à l'âge adulte. Les absences typiques sont brèves, sont chute : l'enfant reste immobile, inconscient de l'épisode. Les absences prolongées peuvent s'accompagner d'automatismes : mouvements des lèvres, mâchonnement, secousses palpébrales, mouvement erratique des mains. Une fois sur deux les enfants souffrant d'absences présentent des crises tonic-cloniques à l'âge adulte. (Perkin.D, 2002, p. 49).

### **D. Les crises toniques :**

Elles se caractérisent par un accès hypertonique de l'axe et des quatre membres avec fixité et de regard ou réversion des globes oculaires, apnée, érythrose ou cyanose. (Arzimanoglou. A et al, 1997, p. 23).

### **E. La crise clonique :**

Il s'agit le plus souvent de secousses rythmiques, plus ou moins régulières, de l'ensemble du corps. Une perte de connaissance est possible. La crise dure habituellement moins de 5 minutes. La récupération est progressive. La crise clonique est la forme d'expression la plus fréquente de la crise convulsive hyperthermique. Cette dernière survient typiquement dans un contexte de fièvre chez un enfant d'entre 1 et 6 ans. La présence de fièvre fait de la crise convulsive hyperthermique une entité clinique à part entière et ne constitue pas à proprement une maladie épileptique. (Gauthier.G, 2016, p. 29).

### **F. Crises atoniques :**

Elles se manifestent par une diminution ou une abolition du tonus musculaire. Lorsqu'elles sont brèves, elles peuvent se limiter à la tête qui chute brusquement en avant. Si elles touchent les muscles posturaux, elles entraînent une chute brutale. Les crises atoniques peuvent également durer plus longtemps. Dans ce cas, le sujet reste immobile à terre avec une perte de connaissance. (

Ibid,p .30).

### **3.2- Les crises partielles :**

Elles correspondent à la décharge d'une population de neurones cérébraux des aires corticales spécifiques, avec une symptomatologie ne s'accompagnant pas de troubles de conscience. Souvent dues à une lésion cérébrale. (Ameri.A et Timsit.S,1997, p .87).

La classification internationale différencie trois types principaux de crises partielles :

- Les crises partielles simples non accompagnées de perte de conscience dont l'origine se situe dans une aire primaire du cortex cérébral.

#### **3.2.1. Les crises partielles simples :**

##### **A. Motrices :**

Elles peuvent être focales, sans extension, constituées par une contraction tonique, des secousses ou clonies des paupières ; un accès tonico-clonique limité à un hémicorps ou avec extension « jacksonienne » ou la crise commence en un point très précis de l'extrémité distale d'un membre.la contraction tonique sera suivie de secousses clonique, remonte vers la racine du membre et gagnera progressivement tout l'hémicorps.

##### **B. Sensitives et sensorielles :**

Elles sont constituées par des perceptions élémentaires sans objet : fourmillements d'un membre, vision simple de lumière, d éclaires, de point lumineux, de bruit ou sifflement d'une oreille, d'une sensation d'odeur ou d'un gout désagréables. Schématiquement, on peut considérer certaines significations topographiques de ces différents types de crises :

- Crises sensibles : cortex retro-romantique controlatéral.
- Crises visuelles : cortex occipital controlatéral à l'hemichamp dans lequel

Apparaissent les signes.

- Crises auditives : cortex temporal.
- Crises olfactives : pointe du lobe temporal.
- Crises gustatives : région insulaire.

### **C. Végétative :**

Elle se manifeste par des signes digestifs, une hyper salivation, une sensation douloureuse abdominale, une mydriase, une érythrose, une modification de la fréquence cardiaque, une apnée ou une pause respiratoire. Elles ont une origine operculaire ou temporale interne.

### **D. Psychique :**

Elles traduisent une désorganisation paroxystique des fonctions supérieures : langage, idéation, mémoire, affectivité, hallucinations. Leur origine est frontale ou temporale. (Arzimanoglou. A,1997, p .22).

### **3.2.2. Les crises partielles complexes, différenciées des crises partielles par :**

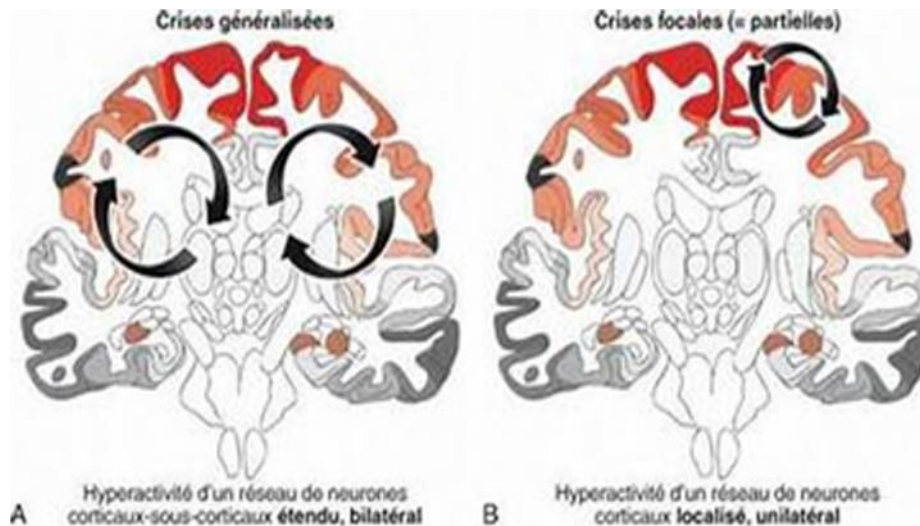
Une altération de la conscience dès le début de la crise ou au cour de son développement ;

Une symptomatologie élaborée ou complexe. Ces crises ont pour origine les aires associatives, multimodales du cortex cérébral ou les réseaux neuronaux des structures temporales internes (amygdale et formation hippocampique) et les différentes régions corticales reliées à ces structures (en particulier le cortex temporal ex terne, différente régions frontales). Une crise partielle complexe peut compliquer une crise partielle simple. (Moulinier.M, 1997, p. 12).

### **3.2.3. Les Crises partielle secondaiment généralisée :**

résultent d'une propagation de l'activité épileptique qui, au début, s'exprime par une symptomatologie de crise partielle simple ou de crise partielle complexe et qui ultérieurement, entraîne une perte de connaissance totale et des

symptômes bilatéraux liés à la diffusion des décharges à l'hémisphère controlatéral. (Ibid, p13).



**Figure n°3** : schémas des définitions conceptuelles des crises généralisées et focales.

### 3.3- Crises inclassables :

Les crises inclassables sont celles sur lesquelles on dispose du moins de renseignements clinique car elles sont peu fréquentes (ibid, p13).

### 4. Etiologie des épilepsies :

Il fait une distinction entre les épilepsies dont la cause est connue (épilepsies symptomatique) celles dont on suppose la cause, bien que celle-ci n'ait pas été prouvée (épilepsies cryptogénique) et celles les cause inconnue (épilepsie idiopathique).

L'unique cause envisagée pour les épilepsies idiopathiques reste la prédisposition héréditaire typique peuvent être provoquées par :

- Des anomalies congénitales ou des lésions périnatales pendant la première enfance.
- Des troubles métaboliques (hypoglycémie chez le nouveau-né ou l'enfant diabète chez l'adulte).

- Des traumatismes, l'épilepsie poste- traumatique sera symptomatique si elle se manifeste dans les deux ans qui suivent l'accident.
- Des tumeurs et des lésions cérébrales : les crises tendent à être partielles et impliquent les régions frontales, temporelles ou partielles.
- Les accidents vasculaires (surtout après 60 ans).
- Les maladies d'Alzheimer.
- Des maladies infectieuses du cerveau (méningites bactériennes, encéphalites, herpétiques, etc.)
- Les épilepsies cryptogénique représentent 30/ des cas environ mais les nouvelles techniques d'exploration tendent à faire diminuer ce chiffre. L'épilepsie myoclonique sévère du nourrisson est un exemple d'épilepsie cryptogénique. (Basdevant,2011, p. 6).

### 5- Diagnostic :

#### A. Diagnostic positif

Le diagnostic positif de l'épilepsie est une étape particulièrement importante.il s'agit d'un diagnostic clinique pose à partir des renseignements recueillis auprès du patient et de son entourage, de l'anamnèse et de l'examen clinique. Les examens complémentaires (EEG et imagerie) ne sont pas indispensables au diagnostic à ce stade. Ce diagnostic purement clinique expose à un risque d'erreurs diagnostiques par excès comme par défaut.

Si toute épilepsie comprend des crises comitiales, toutes les crises comitiales ne conduisent pas nécessairement au diagnostic d'épilepsie. Les crises provoquées par une pathologie générale (intoxication, trouble ionique, etc.) ou une atteinte neurologique aiguë (traumatisme crânien, infection, accident vasculaire, etc..) sont des crises dites « occasionnelles » ou « symptomatique aiguë ». Elle la conséquence immédiate de la pathologie aiguë et ne doivent pas se reproduire après que la condition sous-jacente aura disparu. Les crises occasionnelles les plus fréquentes chez l'enfant sont les convulsions fébriles.

De la même façon on ne doit pas parler d'épilepsie devant une première crise non provoquée (y compris en cas de crise prolongée ou d'état de mal) ou même lorsque plusieurs crises surviennent dans une même journée car ces crises peuvent ne jamais se reproduire. Dans certains cas le diagnostic d'épilepsie pourrait être posé après une seule crise, lorsque des altérations cérébrales préexistantes et prédisposant aux crises comme antécédents d'accident vasculaire cérébral ou des séquelles de traumatisme crânien sont présentes. (Arthuis.M et al ,2010, p .278).

### **B. Diagnostic syndromique :**

Repose sur l'analyse critique des éléments suivants : le types partiel ou générales des crises, étaye par l'électro-encéphalogramme, les données de l'examen clinique et neuropsychologique, les antécédents personnels et familiaux ainsi que les examens neuroradiologue (scanner cérébral, IRM). Le raisonnement epileptologique consiste fondamentalement à analyser, au cas la contribution au diagnostic de chacune de ces données, l'abord clinique demeurant le fait essentiel. (Loiseau. P, 2001, p. 2).

### **C. Diagnostic différentielle :**

#### **1. En cas de crise généralisée toniclonique :**

- Syncope notamment convulsive.
- Crise psychogène non épileptique

#### **2. En cas de crise partielle simple :**

- Accident ischémique transitoire
- Migraine avec aura
- Crise d'angoisse et attaque de panique

#### **3. En cas de crise partielle complexe :**

- Crises d'agitation, de colère ; crises émotives

- Parasomnies
- Ictus amnésique

#### 4. En cas de myoclonies :

- Secousses musculaires d'endormissement
- Crises d'agitation, de colère ou crises émotive
- Absences
- Inattention chez l'enfant. (Dulac.M et Sanandedji. E et Zimmer.L ,2018, p 111).

#### 6. La classification internationale des syndromes épileptiques de 1989 :

En octobre 1989 au congrès international de new Delhi, la LICE a fait adopter par la communauté neurologique internationale une classification syndromes épileptiques et des épilepsies.

Le principe but de cette classification était d'homogénéiser les diagnostics portés devant un syndrome, c'est-à-dire un regroupement de symptômes et de données diverses en relation avec : type de crise, leur physiopathologie sur la base de la classification des crises épileptiques, l'étiologie, la localisation anatomique, les facteurs déclenchement, l'âge de début de l'épilepsie, le pronostic....

Cette classification de 1989 conserve la distinction entre les épilepsies généralisées et l'épilepsie partielle. A côté des épilepsies partielle et généralisées est créé une classe d'épilepsies indéterminées pour lesquelles l'origine focale ou généralisée ne peut être affirmée.

Les bases de la classification de 1989 sont constituées par deux axes :

##### A. Symptomatologie :

Les épilepsies généralisées vont se manifester par des crises généralisées convulsives ou non convulsive (absence) ; les épilepsies partielles par des crises partielles simple ou complexes. En fonction de l'origine probable de la décharge, on définit le lobe cérébral concerne : les épilepsies temporales,

frontales, occipitales ou pariétales. (Moulinier.M, 1997, P.33).

### **B. L'étiologie, les causes de l'épilepsie :**

Trois termes sont utilisés : idiopathique, symptomatique, cryptogénique.

#### **B.1. Idiopathique :**

Les épilepsies idiopathiques correspondent à des entités sans lésion anatomique cérébrale, rapportées à un état constitutionnel d'hyperexcitabilité et d'hypersynchronie neuronales dans lesquelles sont impliqués des facteurs génétiques en cours d'identification. (Moulinier.M, 1997, p. 33).

#### **B.2. Symptomatique :**

Sont à l'inverse, rattachables une lésion cérébrale ou à une cause bien déterminée, avec influence possible de facteurs génétiques associés (facteurs prédisposition ou maladie neurologique lésionnelle avec épilepsie). (Ibid, p 33).

#### **B.3. cryptogénique :**

« Cryptos » renvoi à une origine cachée, correspondant à des épilepsies présumées symptomatiques d'après leur expression électroclinique, mais pour lesquelles aucune étiologie n'a pas pu être mise en évidence. Il s'agit souvent d'un provisoire qui peut être modifiée en fonction du bilan neuroradiologique. Les examens (scanner x et IRM) peuvent devenir positifs avec les progrès de l'imagerie médicale ou avec l'évolution de certaines lésions tumorales jusqu'alors non décelables. (Ibid, p .33).



**Tableau n°2** : Internationale des épilepsies et syndromes épileptiques

(1989). 1- Epilepsies et syndromes épileptiques focaux:

Idiopathiques, liés à l'âge :

Epilepsie bénigne de l'enfant à paroxysmes centro-temporales (rolandiques)

Epilepsie bénigne de l'enfant à paroxysmes occipitaux

Epilepsie primaire de la lecture

Cryptogéniques ou symptomatiques :

Epilepsie partielle continue progressive de l'enfant (sd de Kojewnikow)

Syndromes caractérisés par des crises avec mode spécifique de provocation

Autres syndromes variés en fonction de la localisation et de l'étiologie

2- Epilepsies et syndromes épileptiques généralisés :

Idiopathiques, liés à l'âge :

Convulsions néonatales familiales bénignes Convulsions néonatales  
bénignes

Epilepsie myoclonique bénigne de l'enfant Epilepsie absence de l'enfant

Epilepsie absence de l'adolescent Epilepsie myoclonique juvénile

Epilepsie avec crises généralisées tonico-cloniques du réveil Autres  
épilepsies généralisées idiopathiques non définies.

Epilepsie avec crises caractérisées par des modes spécifiques de provocation

Cryptogéniques et/ou symptomatiques Syndrome de West (spasmes  
infantiles) Syndrome de Lennox-Gastaut

Epilepsie avec crises myoclonico-astatiques Epilepsie-absences myocloniques

### **7. Etat de mal épileptique :**

Chez l'enfant, l'état de mal épileptique est une manifestation épileptique dont la durée est supérieure à une demi-heure. Cet état peut être tonico-clonique ou myoclonique, ou correspondre à l'état de pite mal mentionne ci-dessus, dont l'aspect est moins dramatique.

C'est surtout quand la première manifestation épileptique est un état de mal épileptique qu'infectieuse le médecin est confronté à une situation préoccupante. Une pathologie évolutive du système nerveux central (, vasculaire ou tumorale) souvent à localisation frontale doit être excue.la principale cause de l'état de mal épileptique chez un enfant déjà sous traitement médicamenteux.

Un état de mal épileptique est une urgence médicale. Le patient doit être hospitalisé d'urgence dans un service de soins intensifs pédiatriques. Le médecin généraliste débutera le traitement en administrant du diazépam par voie rectale intraveineuse.il doit demeurer près du patient et, selon les circonstances, s'occuper lui-même de son transport vers un service des urgences ou attendre l'arrivée d'une équipe médicale prenant en charge le transport jusqu'à l'unité des soins intensifs. L'Etat de mal épileptique nécessite une très grande attention médicale. Le diagnostic et le traitement adéquat de la cause sous-jacente et la prévention de lésions cérébrales secondaires graves sont de la plus haute importance. (Senterre.J. Eeckels.R, p. 47).

### **8. Prise en charge :**

#### **A. Traitement médicamenteux :**

On a longtemps considéré que certaines formes d'épilepsie répondaient mieux à certains anti-épileptiques. Ces dernières années, cette idée de spécialité a été en grande partie réfutée. Les épilepsies généralisées primaires répondent généralement mieux au traitement que les épilepsies partielles.

**Tableaux n°3** : Les anti-epileptique utilises le plus souvent sont :

Médicament de première intention	Médicament de deuxième intention
Valproate de sodium	Lamotrigine      clonazepam
Carbamazépine	Gabapentin      clobazam
Phenitoine	Topiramate      primidone
	Vigabatrin      phénobarbital
	Ethosuxamide      piracetam

(Wilkinson.I.M. S,2002, p .216).

**B. Traitement chirurgical :**

Des crises focales sont parfois impossibles à contrôler médicalement et une intervention chirurgicale est nécessaire. Il faut pratiquer l'exérèse chirurgicale du foyer epileptogene. Les résultats dans ces cas extrêmement sévères sont cependant variables : le traitement chirurgical doit être réserve aux échecs du traitement médical .font exception à cette règle les épilepsies focales dues à une tumeur abordable chirurgicalement, a une malformation artérioveineuse ou à une anomalie congénitale. (Améri. A et Timsit. S,1997, p 101).

**II. L'aspect psychologique des crises d'épilepsies :****1. Annonce du diagnostic d'une épilepsie :**

C'est un moment important qui demande toute l'attention du médecin et suffisamment des temps et de disponibilité. Elle doit être faite aux deux parents ensemble si possible il est clair que les mots de convulsion, crise épileptique et épilepsie ne peuvent être prononcés sans explication et sans échange des parents. On connaît toutes les peurs qui sont associées. Elles sont dues aussi au caractère toujours très impressionnant des crises. Les parents peuvent dire l'angoisse de mort souvent ressentie devant une convulsion. L'impression d'étrangeté. D'anormalité pour bien des crises partielles. Leur crainte de séquelles.

Il est nécessaire d'expliquer ce qu'est une crise épileptique avec des mots simples. Le type de crise présentée par l'enfant devra être précisé : absence, crises partielles en dramatisant la crise en insistant sur son absence de conséquence afin de limiter son vécu traumatique chez les parents comme chez les enfants.

La vie psychique de l'enfant est menacée par la rupture due aux crises mais tout autant par la dramatisation que celles-ci entraînent.

Et l'enfant ? L'angoisse des parents et leurs questions ne doivent pas nous empêcher de nous adresser à l'enfant dont l'inconscience n'est souvent qu'apparente. Nous devons l'aider à s'exprimer lui aussi sur ce qu'il a vécu.

Il n'en a peut-être pas encore parlé à ses parents –lui demander s'il a bien compris les explications sur sa crise est souligner qu'elle n'a pas été grave et ne lui a pas laissé de traces (Arthuis.M et al ,2010, p. 379).

**2. Les règles de l'annonce d'une maladie grave :**

- L'annonce doit être réalisée dans un endroit calme et isolé
- Le médecin qui la réalise est formé à la technique de communication psychologique.

- Le médecin doit dégager de temps pour l'annonce en évitant d'être déranger
- Le médecin doit proposer au patient d'être accompagné par un de ses proches s'il le souhaite, par un membre des familles ou la personne de confiance
- L'annonce par le médecin doit prendre en compte les caractéristiques de chaque patient.
- Sociale : entourage familles, mode de vie, environnement professionnel, niveau socioéconomique, niveau intellectuel.
- Religieuse ; affective et psychiatrique : mécanismes de défense évidents, traits de personnalité.
- L'annonce elle-même s'effectué sur un monde empathique en ménageant des moments de silence avec question ouvertes et reformulations.
- Le vocabulaire employé doit être adapté.
- A demander au patient s'il a bien compris.
- L'annonce doit être progressive et comporte une information sur le diagnostic.
- La stratégie thérapeutique les modalités de suivi et de prise en charge et si le patient le souhaite un pronostic.
- Ne jamais donner de faux espère aux patient .la relation médecin malade est souvent déterminée par l'information délivrée lors de la première consultation ou de la consultation d'annonce. (Cncérologie,2011).

### **3. Le vécu psychologique des crises d'épilepsie :**

Malgré les nombreux progrès réalise dans la connaissance et les traitements de cette maladie, la survenue d'une épilepsie chez l'enfant et l'annonce de ce diagnostic a ses parents peuvent avoir des effets psychologiques importantes sur la famille proche que sur l'enfant lui-même.

#### **3.1 Chez l'enfant :**

L'impact psychologique chez l'enfant est souvent longtemps méconnu,

car douloureux à reconnaître par les parents, difficile à exprimer par l'enfant qui n'a pas toujours une conscience claire ou ne veut pas blesser d'avantages ses parents. La souffrance psychique peut être exprimée alors par des troubles psychologiques.

Les troubles émotionnels et psychologiques restent fréquents chez les enfants épileptiques même avec un niveau intellectuel normal. Ils sont liés au vécu de la beaucoup de peurs et de tabous restent attachés au moi-même d'épilepsie.

### **A. Quelque point particulier du son vécu :**

Le vécu affectif des crises peut être très variable. Certaines enfants présentent des crises spécifiquement angoissantes et d'autres disent ressentir un plaisir à l'occasion de ces crises. Ce qui peut les conduire à tenter de les provoquer dans une perspective auto-érotique.

Sentiment d'insécurité lié à un dysfonctionnement d'un organe très hautement investi aux ruptures de la continuité de la pensée et de conscience réalisant véritable atteinte narcissique

Les interactions imposent à l'enfant interdiction de certaines sports ou loisirs présentant des risques en cas de crise ou susceptible de les favoriser peuvent ne pas être acceptés par celui-ci. (Dumont. J et al, 1995-2004, p. 294).

### **B. Comment l'enfant épileptique voit-il son épilepsie :**

L'enfant vit sa maladie et ses crises en prise directe avec lui-même ou dans le regard angoissé ou effolé des autres. Les remarques mal adoptées et les moqueries sont souvent ressenties comme humiliantes.

Les crises épileptiques font peur et créent un sentiment d'insécurité. La perte de la maîtrise de soi en raison de la crise revêt une importance particulière.

L'enfant a dès lors souvent du mal à développer une bonne image de lui-même.

Souvent, la prise des médicaments constitue une tâche pénible. Il faut toutefois que l'enfant s'y habitue. Si possible, il assumera lui-même la responsabilité de la prise régulière de ses médicaments et, de cette manière, développera une attitude positive que l'entourage devra encourager.

Il se peut que l'enfant considère les restrictions comme discriminatoires ou comme un manque d'affection. L'enfant peut toutefois aussi les utiliser pour obtenir un statut particulier.

La seule révélation de l'épilepsie provoque souvent des réactions négatives chez les autres.

L'entourage de l'enfant a une importance décisive. La réaction et l'attitude des autres ont un retentissement direct sur le vécu de l'enfant épileptique, quelque que soient les circonstances objectives. (Courteix.M et al,2004, p.38).

### **3.2 Chez la famille :**

La réaction des proches varie face à la personne épileptique, lorsque le diagnostic est posé initialement, il est normal qu'ils éprouvent des sentiments de peur, d'abattement, de perte, de culpabilité, de colère et de frustration, ils ont souvent de la difficulté à composer avec le caractère incertain des crises ainsi qu'avec les préjugés et l'ignorance d'autrui, ils peuvent devenir surprotecteur ou imposer des restrictions quant aux activités de la personne épileptique. (Tebbal.F,2012-2013, p .31).

D'après une étude sur les parents d'enfants épileptiques menée à l'initiative d'un groupe d'experts, neurologues et neuro-pédiatres français, auprès de 668 parents d'enfants atteints d'épilepsie, il s'est avéré que le diagnostic est difficile à accepter dans (91%) des cas.

Pour les parents, le diagnostic est difficile à accepter (91% des cas), le terme « Épilepsie » fait peur ( $\frac{3}{4}$  des parents). Les craintes des parents concernent l'évolution non prévisible de la maladie, l'incertitude quant à

l'avenir, l'imprévisibilité des crises (un parent sur deux redoute que son enfant fasse une crise en classe). Les 2/3 des parents considèrent que l'épilepsie nuit à l'épanouissement de leur enfant. Un enfant sur deux seulement est scolarisé en milieu ordinaire, le 1/3 des enfants a été l'objet d'un refus d'intégration scolaire.

L'épilepsie de l'enfant a un impact psychologique sur les parents 80% se déclarent plus anxieux, les 2/3 parent qu'il ne faut jamais laisser l'enfant seul. Outre la fatigue, tous les parents mentionnent des troubles du sommeil. 38% ont eu besoin d'une aide médicale ou psychologique. L'épilepsie a changé la vie de 3/4 des parents. L'épilepsie de l'enfant retentit enfin sur la fratrie qui se sent délaissée (57% des cas). Elle a des répercussions également sur la vie professionnelle (dans 38% des cas ; l'un des parents a dû renoncer à une activité à temps plein) et les Ressources d'un tiers des familles (baisse du pouvoir d'achat liée directement aux soins). (Beaussart. J et Genton.P,2006, p. 51).

### **A. La souffrance de couple :**

Il est évident que cette épilepsie a une incidence considérable sur la vie de couple : un premier facteur très concret est l'épuisement physique et psychique en raison des nombreuses contraintes qui y sont liées dans les débuts en particulier surveillance des crises en particulier la nuit surveillance de traitement, trouble de sommeil et de comportement angoisse de l'avenir.

La vie intime de couple en est souvent très touchée. La difficulté à parler, la peur des crises, les troubles de comportement éventuels restreignent la vie sociale des parents qui n'osent pas faire garder cet enfant par quelqu'un d'extérieur, d'autant que les personnes extérieures ne se précipitent pas pour se proposer d'où un fréquent repli sur soi, un isolement dangereux pour le couple.

### **B. La fratrie :**

Dans ce processus, la place des fratries est également bouleversée les frères et les sœurs peuvent se sentir abandonnés ou rejetés ils peuvent développer



des attitudes dépressives régressives, agressives, d'angoisse ou de trouble de comportement (Bulteau.Ch et Pinaliaux .C,2013, p .233).

#### **4. Les troubles liés aux crises d'épileuses :**

##### **A. Stresse :**

Est un sentiment très répandu chez les enfants atteints des crises d'épilepsie plusieurs facteurs augmenter le strass des enfants soit imprévisible des crises et craintes entourant l'épilepsie la peur de l'évaluation de la maladie, la peur de ne jamais retrouver sa vie d'avant, la peur de traitement la peur de conséquence de la maladie

##### **B. Colère /frustration :**

La Colère et la frustration sont des sentiments pouvant apparaitre suite à un diagnostic des crises d'épilepsie ceux-ci peuvent être provoqué lorsque les parent agissent différemment avec l'enfant maladie. L'empêcher de participer à une activité ou le surprotège contribue également accentuer ces sentiments

##### **C. Faible estime de soi :**

L'estime de soi est un élément central afin de parvenir à une qualité de vie satisfaisante mais on constate qu'elle est souvent plus faible chez les enfants atteinte d'épilepsie certaine réaction ou une attitude peuvent être des signes de faible estime de si tel que l'isolement et la dévalorisation.

##### **D. L'anxiété :**

En psychologie, l'anxiété est définie comme une humeur caractérisée par un affect négatif, des symptômes somatiques de tension et une appréhension du futur. Pour être liée à l'anxiété et la manière dont le Patient vit sa maladie et non la fréquence et sévérité de ses crises. L'anxiété due au caractère imprévisible des crises et à la perte de maîtrise de soi. (<https://www.chusj.org>).

### 5. Selon l'approche neuropsychologie :

La neuropsychologie de l'épilepsie représente un domaine d'étude majeur depuis presque un siècle. Certaines épilepsies sont classiquement associées à une déficience intellectuelle avec troubles du comportement et ou trouble du développement de la personnalité. L'altération du fonctionnement de certaines régions cérébrales a été suggérée pour expliquer ces troubles cognitifs et du comportement : régions occipitales gérant la perception et l'analyse des informations visuelles dans le syndrome de West par exemple, souvent associée à un tableau pseudo autistique ; régions frontales générant les capacités d'inhibition et d'organisation, d'adaptation à l'environnement, dans le syndrome de Lennox-Gastaut, connu pour l'intensité des troubles comportementaux associés (impulsivité, agitation psychomotrice ; désinhibition ...).

Dans d'autres cas, les troubles cognitifs sont beaucoup plus spécifiques : Dans l'épilepsie frontale, le dysfonctionnement des capacités exécutives peut entraîner des troubles du comportement : désinhibition, agressivité, impulsivité, provocation ou passivité, apathie, persévérations ou des troubles de l'attention, de la planification du discours ; dans certaines épilepsies temporales, on peut observer une faible efficacité mnésique avec des déficits spécifiques en fonction de la latéralité de foyer épileptique : trouble de la mémoire auditivo-verbale dans les épilepsies temporales gauches et de la mémoire visuelle dans les épilepsies temporales droites. Des difficultés sur le plan du langage oral et écrit peuvent également être présentes (manque de vocabulaire, difficultés de lecture, d'expression écrite...). De plus, l'épilepsie temporale associée à une plus grande fréquence de troubles psychopathologiques (troubles du comportement à type d'impulsivité, agressivité, hyperactivité, troubles de la personnalité, manifestations anxio-dépressives...), ce qui concourt également à un risque plus élevé de difficultés scolaires et de troubles des apprentissages, indépendamment

du potentiel cognitif. (Bulteau. Ch et Pinaliaux.C ,2013, p .241-242)

### **Synthèse**

Les enfants souffrant d'épilepsie ne sont pas différents des autres. Le diagnostic de l'épilepsie oblige l'enfant et ses proches à faire face à une nouvelle situation, c'est une maladie chronique qui engendre diverses difficultés et qui a un impact sur la vie psychique et physique chez les enfants qui souffrent de cette pathologie. L'épilepsie peut se voir comme complication de plusieurs maladies, et le risque de difficultés affectives et cognitives, et psychologiques chez les enfants épileptiques.

# **Chapitre IV : Le rendement scolaire et l'enfant épileptique.**

### Préambule

L'école est une étape fondamentale dans la vie de l'enfant, non seulement parce que qu'il y passe une grande partie de son temps, mais surtout parce qu'elle doit contribuer à son épanouissement intellectuel et favorise de son intégration sociale, il permet aussi aux enfants un apprentissage de compétences.

### 1. Définitions des concepts :

#### 1.1. Rendement :

Le rendement est un substantif qui renvoie à l'aide de produit proportionnel que donne un individu ou une chose quelconque eu égard aux capitaux injectés dans celle-ci cependant, sous le vocable « rendement », il faut entendre une réalité aux contours complexes c'est pourquoi il est difficile de cerner la totalité des contours par une définition qui fasse l'unanimité. (Simard. J, 1997, p. 11).

#### 1.2. Rendement scolaire :

Est perçu comme les résultats des élèves à l'issue des évaluations formative et/ ou sommatives .il peut être abordé sous des perspectives multiples et complémentaires il traduit tantôt les résultats satisfaisants, tantôt les faibles résultats réalisés par les élèves. Dans le second cas il s'agit de « faible rendement scolaire » tandis que dans le premier cas il s'agit de « rendement satisfaisant ». (Simard.J,1997, p .11).

#### 1.3. La réussite scolaire :

La réussite scolaire, elle, correspond à la notion traditionnelle de performance scolaire. On la mesure par les résultats, les diplômes obtenus à la fin d'un cours ou d'un programme. On la mesure aussi par le niveau d'acquisition de compétences, par la persistance dans des cours ou un programme d'études, par la satisfaction au regard de la formation reçue. Le CSE affirme que la réussite scolaire « est la principale clé de l'avenir personnel, social et

professionnel de chacun. C'est elle qui, à chaque étape, témoigne que l'élève ou l'étudiant a acquis les compétences et les habiletés désirées. (Barbeau.D, 2007, p.7).

### **1.4. L'échec scolaire :**

« C'est la situation d'un élève, qui ne parvient pas à réaliser son potentiel individuel, développé ces aspects intellectuel et circonscrite ses faiblesses), et aussi, c'est la conséquence de l'incapacité de l'élève d'acquiescer les connaissances de base, et donc celle de son impossibilité d'aller au terme de scolaire obligatoire »(Louiza, Katia, 2016,p.15).

## **2. Principaux facteurs qui conditionnent le rendement scolaire :**

### **2.1.La maturité de l'enfant :**

Au début de l'école obligatoire, il y a des enfants qui sont mieux préparés que d'autres pour l'affronter. Cela est dû à des questions de développement propre à chacun. Avec le temps, l'enfant s'habitue à ce nouvel environnement.

### **2.2. La personnalité et l'état émotionnel :**

Les enfants qui possèdent une meilleure stabilité émotionnelle obtiennent de meilleurs résultats à l'école en outre, ils s'adaptent plus facilement à leur environnement. Ceux-ci se comportent de manière respectable et aimable. Ceux-ci qui manifestent des signes d'anxiété, d'agressivité ou de dépression ont plus de difficultés à avoir un bon résultat.

### **2.3. Les parents :**

Les enfants reflètent l'exemple que leurs parents leur ont enseigné tout au long de sa vie. S'ils ont observé un comportement responsable et persévérant, il est très probable qu'ils fassent de même

### **2.4. Les professeurs :**

La bonne relation, le respect et les compétences des instructeurs de transmission des savoirs sont des clés pour un bon rendement scolaire. (<https://entreparents.com/facteurs-qui-conditionnent-le-rendement-scolaire/>).

### **3. Survenue de crises épileptiques à l'école :**

Le premier retentissement concret de l'épilepsie dans l'environnement scolaire est la survenue d'une crise pendant les cours ou la récréation comme cela a pu être le cas pour la famille, cette crise peut être très effrayante pour l'enseignants, le personnel d'encadrement scolaire ou même les autres enfants (par définition, une crise survenant à l'école a la particularité de se produire, dans une majorité des cas en public). Il est donc important que les enseignants et l'encadrement scolaire aient reçu des conseils et sachent qu'elle est le conduit à tenir en cas de récurrence de crise. (Auvin.S, Roy.S,2017, p. 71).

### **4. Répercussions de l'épilepsie à l'école :**

Chez l'enfant qui est au tout début de la maladie et qui a fréquemment des crises. Y compris sur le temps de l'école. Ou chez la maladie non stabilisée. Le premier risque est celui d'un absentéisme scolaire important, qui entraîne un retard dans le travail et oblige l'enfant épileptique à rattraper les cours qu'il a ratés. Cela peut également contribuer à modifier le relationnel entre votre enfant et les autres élèves ainsi qu'avec l'encadrement scolaire. Malheureusement, si cet absentéisme est lié aux crises et à leur récurrence. Il y a peu de choses à faire par les parents, si ce n'est encore et toujours de communiquer avec l'équipe éducative et les camarades de classe pour que les choses se passent au mieux. (Ibid, p.74)

### **5. Épilepsie et adaptations pédagogiques :**

Les adaptations pédagogiques en classe doivent être discutées au cas par cas, en fonction des données du bilan neuropsychologique elles peuvent faire l'objet d'un projet spécifique à l'école. Certains enfants ont besoin de temps de

repos, surtout s'ils font des crises d'épilepsie dans la journée .il peut être utile d'avoir, dans ce cas un matelas dans le fond de la classe sur lequel l'enfant sont fatigables peut éventuellement s'allonger. Certains enfants sont fatigables et ont besoin également de repos, même en l'absence de crise s d'épilepsie, en raison de l'effort soutenu qu'il fournissent pour essayer de suivre, ou /et en raison d'éventuels effets secondaires du traitement, ou / en raison de trouble du sommeil.

L'adaptation des exigences scolaires en termes de devoirs doit alors également être prise en compte. Certains enfants sont trop épuisés par les efforts fournis dans la journée pour pouvoir faire leurs devoirs a la maison comme les autres, d'autant que le temps consacre à ces devoirs est souvent long ,du fait de leurs difficultés' apprentissage .il est important de pouvoir alléger , voire dans certains cas supprimer ces contraintes , qui deviennent parfois insupportables pour l' enfant et sources de conflits avec les parents qui , sous la pression scolaire ou / et par ce que qu' il ont du mal à « lâcher » le scolaire , essaient , quand même, de faire les devoirs avec l' enfant.

Concernant les adaptations pédagogiques à proprement parler, elles sont. Variables en fonction des difficultés observées : en cas de difficultés d'attention / concentration des activités variées, courtes, activités plus longtemps. En cas de difficultés lors du passage à l'écrit, liées par exemple a des troubles praxiques, il est important d'alléger les exigences, de fournir des photocopies, de proposer des dictées plus courtes, des textes a tous déjà préparés pour les réponses lors des évaluations ...l'utilisation d'un dictionnaire, mais en général pas avant le CE2/CM1, en fonction des enfants. En effet, ceux-ci ont souvent plusieurs difficultés intriquées, sur le plan cognitif et sur le plan des apprentissages.

La mise en place des adaptations pédagogiques en classe n'en classe n'est pas toujours simple, même si les adaptations elle mêmes paraissent simples. Les enseignants peuvent être déroutés par la complexité et l'intrication



des difficultés présentées par certains enfants avec une épilepsie ils ne savent pas comment les évaluer quand le décalage par rapport au reste de la classe est trop important. (Bulteau .ch et Pinaliaux .C,2013, p.247-248-249).

### **6. Les conséquences de l'épilepsie sur l'apprentissage scolaire :**

Il existe aussi des liens entre épilepsie et apprentissage, ces liens sont complexes. en effet , un certain nombre d'enfant épileptique ont des difficultés d' apprentissage avant même le début de la maladie .ces difficultés peuvent être globales ou spécifiques .dans ce cas , elles peuvent toucher plus spécifiquement la lecture, le calcul, l' attention pour d' autre enfants , les difficultés surviennent après le diagnostic d' épilepsie s' aggravent une fois que l' épilepsie à debute.il est ainsi difficile de faire la part des choses et de savoir si c' est l' épilepsie ou ses traitements qui en sont à l' origine .en effet , les médecines n' ont pas encore complètement compris les différents mécanismes des difficultés scolaires chez l' enfants avec l' épilepsie .la répétition des crises pourrait avoir un rôle dans l' apparition de difficulté d' apprentissage .certaine ces difficultés peuvent parfois touche de façon sélective une partie des compétences cognitives .on peut par exemple imaginer qu'un enfant faisant des crises épileptiques dont le point de départ est proche de la zone du langage dans le cerveau va avoir plus de difficultés en langage ou en lecture. Tous les médicaments anti- épileptiques agissent sur le cerveau s'ils agissent sur les crises et sont capables de les stopper, ils peuvent également agir en modifiant la vitesse d'exécution ou d'autre processus en lien avec les fonctions de cerveau. Tous les patients avec une épilepsie active sont sous traitement. Des Lars, il est ardu de faire la distinction entre le rôle de la répétition des crises et celui des traitements anti- épileptiques dans les difficultés d'apprentissage lorsqu'elles sont observés. (Auvin. S et Roy.S,2017, p. 74).

### **7. Le Rendement Scolaire :**

#### **7.1 L'échec scolaire des enfants atteinte d'épilepsie**

##### **7.1.1 Difficulté scolaire :**

Les enfants ayant une épilepsie sont souvent confrontés à des difficultés d'intégration scolaire, trouble d'apprentissage et trouble de comportement (agressivité, passivité, hyperactivité).

##### **A. Trouble d'apprentissage :**

L'épilepsie, maladie neurologique la plus fréquente chez l'enfant, est souvent associée à des difficultés d'apprentissage sont multifactorielles (facteurs neurologique, cognitifs, psychologique, socio- économique ...) et leur prise en charge nécessite une approche pluridisciplinaire, tant sur le plan de l'évaluation que de la prise en charge.

Les difficultés d'apprentissage dans les épilepsies sont fréquentes, probablement autour de 30 à 60.

Les troubles cognitifs sont responsables de troubles d'apprentissage et de trouble de comportement. Les plaintes les plus fréquentes concernant les enfants avec épilepsie en difficulté scolaire, sont la lenteur, le manque d'attention, les difficultés de concentration, de mémoire, de compréhension et la maladresse motrice. Exemple une lenteur dans les apprentissages scolaires peut être due à une difficulté de compréhension ou de mémorisation de consignes, elle peut aussi être due à une difficulté à écrire qui ralentit la production de la réponse, à une difficulté d'organisation de la réponse ou de l'élaboration de stratégie pour arriver à la réponse. (Cachera.C,2006, p .14).

##### **A.1. Trouble de la mémoire :**

Sont fréquents chez l'enfant épileptique : ils touchent de façon subtile la mémoire visuelle chez les enfants avec épilepsie généralisée ; et sont plus

sévères, touchent l'encodage et le rappel de nouvelles information chez les enfants atteints d'épilepsie partielle frontale ou temporale (Arthuis.M et al,2010, p. 374).

### **A.2. Trouble de l'attention :**

bien que cette fonction n'ait pas été investiguée de façon précise , il semblerait que toute forme d' épilepsie affecte invariablement les processus attentionnels , indépendamment des régions cérébrales impliquée l' ampleurs des troubles attentionnels et en général cognitifs des patients serait toutefois liée à une variété de facteurs incluant le type , la fréquence, la durée des crises , l'âge' apparition des crises , l' étendue et la localisation neuro anatomique de la lésion épileptogène ainsi que l'utilisation d' anticonvulsivants.de toute évidence , les patients d'épilepsie réfractaire sont plus susceptible d' avoir des problèmes d' attention que ceux dont l' épilepsie est bien contrôlé.(Tebbat.F, 2012-2013, p. 24).

La genèse des troubles d'apprentissage chez l'enfant avec l'épilepsie est probablement complexe, en lien avec plusieurs facteurs lies : à la maladie elle-même (crises d'épilepsie fréquentes, effets secondaires du traitement antiépileptique), a des facteurs socio familiaux ou psychologique. Cependant, la place des troubles cognitifs secondaires à l'épilepsie, dans la genèse de ces troubles d'apprentissage, est importante à connaitre. L'évaluation détaillée de ces éventuels troubles cognitifs, grâce à un bilan des fonctions cognitives (bilant neuropsychologique). (Balteau.ch et Pinaliaux.c, 2013, p. 241).

### **7.1.2 Difficultés d'intégration scolaire des enfants avec épilepsie :**

Parallèlement à son développement des connaissances, l'école constitue le lieu de la première véritable épreuve de socialisation pour un enfant .la survenue de difficultés d'intégration scolaire est rapportée chez environ un élevé épileptique.

Ces difficultés ont vraisemblablement plusieurs origines qui prendront une importance variable selon les cas :

-La crise épileptique elle-même, imprévisibles et possiblement source d'inquiétude et d'incompréhension pour des enfants non avertis qui ne pourront s'expliquer les modifications de comportement de leur camarade.

-les troubles cognitifs qui peuvent être associés à l'épilepsie, et notamment les troubles de l'attention ou du comportement, qui perturbent parfois grandement la vie d'une classe.

-l'absentéisme de l'élève épileptique, qu'il soit lié aux consultations de suivi habituelles ou aux éventuelles hospitalisations lors de périodes de décompensation de la maladie.

-la limitation de l'élève épileptique à la participation de certaines activités, notamment les activités sportives comme la natation, que cette contre-indication soit justifiée ou non.

Absentéisme et limitation de certaines activités scolaires privent l'élève épileptique de moments de l'histoire commune vécues par le groupe –classe, façon de façon plus ou moins régulière, plus ou moins prolongée. Il sera alors parfois difficile pour les autres élèves d'investir ce camarade « intermittent », et réciproquement.

L'intervention de l'enseignant ou d'un professionnel de santé auprès des autres élèves peut alors s'avérer très utile. En expliquant la maladie et ses conséquences, en répondant à leurs interrogations, elle permet dans la plupart des cas de valoriser l'enfant épileptique, l'aide à renouer le dialogue avec ses camarades, change leur regard sur lui, suscite l'empathie et une certaine solidarité. (Gauthier.G, 2016, p .51-52).

### **7.2. La réussite scolaire :**

Réussir la scolarisation d'un enfant présentant une épilepsie nécessite en premier lieu d'expliquer la maladie épileptique pour faire accepter de la

communauté scolaire .il faut ensuite assure un cadre sécurise par la mise en place d' un projet d' accueil individualise(PAI) détaillant la gestion d' une crise et les recommandations spécifiques .les troubles neurologiques sont fréquents et l'école mettra en place les adaptations nécessaires, plan d' accompagnement personnalisé (PAP)ou projet personnalisé de scolarisation(PPS) selon les cas .la concertation sur

L'Orientation professionnelle est essentielle et doit prendre en compte la diversité des épilepsies (Cordoliani.C, 2016, p .8).

### **A. Le projet d'accueil individualisé PAI :**

Ce document administratif est un accord entre les parents, le médecin scolaire et les enseignants sur l'attitude à adopter face à certaines situations médicales par exemple comment reconnaître une crise épileptique et que faire. Dans certains cas l'avis du médecin de ville ou hospitalier, qui prend en charge l'enfant pour son épilepsie, est sollicité.il lui arrive alors de compléter certains cas, l'avis du médecin de ville ou hospitalier, qui prend en charge l'enfant pour son épilepsie, est sollicité.il lui arrive alors de compléter certaines parties du PAI et de fournir des ordonnances pour les traitements médicamenteux, si une administration au sein de l'établissement scolaire est requise. Le PAI va au –delà des recommandations de l'attitude à adopter face à une crise il peut indiquer quelle sont les activités sportives autorise ou non, puisque celles –ci peuvent nécessiter des mesures spéciales, même si, comme nous le verrons plus tard, la plupart d'être elles ne posent pas de problème. (Auvin.S et Roy.S,2017, p. 71).

### **8. L'enfant épileptique et l'école :**

Dans la majorité des cas, l'enfant épileptique ne doit bénéficier d'aucun statut particulier, d'aucune attention privilégiée de la part des enseignants, mais certaines mesures sont à prendre lorsque l'épilepsie a des conséquences cognitives et compormentales.il faut cesser d'entretenir l'image inquiétante de

l'épilepsie. Nombreux sont les parents qui taisent la maladie de leur enfant .il est difficile d'exclure totalement le risque de sur venu d'une crise à l'école. Aussi est -il préférable d'informer le corps enseignant .il peut être nécessaire d'en parler à la classe en organisant une leçon sur l'épilepsie et en expliquant la conduite à tenir en cas de crise. L'enfant concerné doit bien sûr y assister.

L'enfant épileptique peut généralement poursuivre sa scolarité dans une classe« Normale » avec quelques aménagements lorsqu'il y a des difficultés d'apprentissages. Un accompagnement pédagogique personnalisé peut lui être apporté au sein même de la classe sous la forme d'un projet individuel d'intégration scolaire, le PIIS ou d'un projet personnalise de réussite éducative (Wahl.G et al, 2007, p. 221).

### **Synthèse**

La plupart des enfants souffrant d'épilepsie ont une intelligence normale et passent leur scolarité sans problème mais dans certain cas, l'épilepsie peut engendrer des troubles des apprentissages, et les problématique d'intégration sociale peuvent mettre l'enfant en difficulté et les trouble du comportement de l'enfant peuvent également être source de difficultés. Un partenariat entre les parents, l'élève et l'enseignant afin de développer une meilleure connaissance de l'épilepsie et de savoir comment agir en cas de problème parait donc essentiel pour le bon déroulement de la scolarité.

# **La Partie pratique**

**Chapitre V**  
**La présentation**  
**Les études antérieures**



### Préambule

Après avoir abordé les chapitres théoriques, nous passons au dernier chapitre dont nous allons présenter les études antérieures, et on va présenter trois études qui parleront sur l'enfant épileptique et de faire une analyse globale de ces études.

### **1. L'épilepsie en milieu scolaire : enquête chez les enseignants de la ville de Kati :**

C'est une étude réalisée par Matin Diarra, février à juillet 2009 à l'université de Banako - Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie Pour l'obtention du Docteur en Médecine, sous le thème : **«épilepsie à l'école : connaissances attitude et pratique des enseignants de la ville de Kati »**, été réalisée dans les établissements préscolaires et scolaires de commune urbaine.

C'est une étude prospective transversale analytique et descriptive. Elle a permis d'interviewer l'ensemble des enseignants consentants des écoles préscolaires et scolaires de la ville.

Méthode de cette enquête et un questionnaire anonyme comportant trois parties relatives à l'identité des enseignants, leurs connaissances sur la maladie, leurs attitudes et leurs pratiques face à l'enfant épileptique, leurs avis sur la situation de l'enfant épileptique à l'école,

L'objectif de cette recherche est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des enseignants face à l'épilepsie. Evaluer l'impact de l'épilepsie sur le milieu scolaire dans les écoles d'enseignement primaire et secondaire de la ville de Kati.

Parmi Les résultats de cette étude sont, Les 92 enseignants interrogés avaient une moyenne d'âge de 30 ans, 64,1% d'entre eux se trouvaient dans la tranche d'âge de 20-40 ans. Le sex-ratio était de 1,87 en faveur des hommes. Environ 40% des enseignants avaient une ancienneté entre 5 et 10 ans, 25%

avaient une ancienneté de plus de 20 ans et seulement 26% avaient une ancienneté de moins de 5 ans. 14 enseignants (15,2%) sont dans l'enseignement préscolaire, 53 (57,6%) dans l'enseignement fondamental (9 premières années d'école au Mali) et 25 (27,17%) dans l'enseignement secondaire.

En ce qui concerne l'information sur la maladie, seulement 17 enseignants (18,5%) ont entendu parler de la maladie au cours de leur formation, 24 (26,1%) avec le personnel de santé, un nombre équivalent avec le réseau social (famille, ami, lieux de causerie) et 13 (14,1%) avec des guérisseurs traditionnels. Environ 38% des enseignants attribuaient la maladie à une cause surnaturelle. En revanche, 62% d'entre eux pensaient à une origine organique et incriminaient le cerveau pour 21 d'entre eux (22,8%). Plus de 39% pensaient que l'épilepsie était contagieuse. Les principales voies de transmission incriminées étaient la salive, la sueur et les urines. Pour ces enseignants 39,1% estimaient que l'épilepsie est curable ; 34,8% disaient qu'elle est incurable et 26,1% n'en savaient rien. En revanche, 83,7% faisaient confiance à la médecine moderne pour traiter

L'épilepsie. Quant aux manifestations cliniques de la maladie, la crise tonicoclonique, avec ou sans perte d'urine ou de bave, était la plus connue (84% des enseignants).

Vie sociale et scolaire des enfants épileptiques Pour 79% des enseignants, la pratique du sport était systématiquement interdite aux enfants épileptiques. Environ 59% affirmaient que l'enfant épileptique était victime de stigmatisation et 55% pensaient qu'il avait des capacités cognitives moins importantes que l'enfant non épileptique. Environ 88% pensaient qu'il a un rendement scolaire en deçà de la normale et 43% pensaient qu'il a besoin d'un enseignement spécialisé. 59% des enseignants interrogés affirmaient que l'enfant épileptique était victime de stigmatisation et 55% pensaient qu'il avait des capacités cognitives moins importantes que l'enfant non épileptique. Enfin,

90% des enseignants relevaient que l'épilepsie pouvait perturber la scolarité de l'enfant du fait principalement de l'absentéisme.

Attitudes et gestes des enseignants devant une crise Environ 84% des enseignants ont affirmé avoir assisté à une crise épileptique en classe. Après le déroulement d'une crise, 38% disent avoir renvoyé l'enfant à la maison. Environ 70% auront eu un geste de premier secours, dans 20% des cas il va consister à jeter de l'eau fraîche sur le visage de l'enfant. Dans ce groupe d'enseignants qui auront eu un geste de premier secours, 35% connaissaient les gestes appropriés (ne pas bloquer le corps, aérer le sujet, dégager les objets dangereux, nettoyer l'enfant, emmener l'enfant à l'hôpital). Dans leur enquête, 59% des enseignants interrogés affirmaient que l'enfant épileptique était victime de stigmatisation et 55% pensaient qu'il avait des capacités cognitives moins importantes que l'enfant non épileptique. Enfin, 90% des enseignants relevaient que l'épilepsie pouvait perturber la scolarité de l'enfant du fait principalement de l'absentéisme. (Diarra.m ,2010, p.67-94).

Cette étude confirme le déficit d'information et le malaise des enseignants à faire face à l'enfant l'épileptique. Le problème de l'épilepsie et ses conséquences négatives sur le développement psychomoteur et l'insertion sociale de l'enfant scolarisé justifient qu'une attention particulière soit portée par les autorités publiques (Ministère de la santé et Ministère de l'éducation). Si rien n'est fait pour minimiser les conséquences négatives de cette pathologie à l'école, l'épilepsie devient, outre un problème de santé publique, un problème de développement en empêchant une scolarité normale chez une couche importante des enfants en âge scolaire. Face à cette situation et de manière à « inverser la tendance » sur l'ensemble de la population actuelle d'enseignants, il serait nécessaire d'agir sur le contenu de la formation initiale des futurs enseignants et également sur celui de la formation continue des enseignants en poste.

**2. Epidémiologie de l'épilepsie à l'hôpital de jour pédiatrique :**

Cette étude réalisée par Fatima sa fini d'aout 2003 à décembre 2007 à l'université de cadi ayyad faculté de médecine et de pharmacie pour l'obtention du doctorat en médecine sous le thème : « **épidémiologie de l'épilepsie à l'hôpital de jour pédiatrique** », réalise au service de pédiatrie a du CHU Mohammed Vi de Marrakech pour épilepsie,

C'est une étude rétrospective descriptive et analytique à propos de 592 enfants sur une période de cinq ans. Collecte des données a été réalisée à partir des dossiers médicaux des archives au moyens d'une fiche d'exploitation. Les variables étudiées sont, âge de consultation, âge de début des crises, sexe, origine, niveau sociaux économique. Les antécédents personnels. Les antécédents familiaux d'épilepsie Résultat de l'examen clinique et des examens paraclinique Type des crises et syndrome épileptique Traitement institué, évolution sous traitement et impact sur la scolarité.

L'analyse des donnés a été réalisée au service d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. Leurs saisies et leurs validations ont été faite sur le logiciel EPI INFO. L'analyse statistique été de type univarié faisant appel au calcul des moyens et des écarts type pour la variable quantitative et des pourcentages pour des variables qualitatives.

L'objectif de cette rechercher et de décrire les caractéristiques épidémiologiques de l'épilepsie de l'enfant, d'analyses ses facteur de risque d'apprécier son retentissement sur la scolarité.

Parmi Les résultats de ce travail sont, La fréquence de l'épilepsie était de 8.5% l'âge moyen des enfants était de 6 a et 7 mois. L'âge de début des crises s'étendait entre 1 mois et 14 ans. Une prédominance masculine était observée, les antécédents étaient dominés par les complications péri et néonatales. Une consanguinité parentale et une histoire familiale d'épilepsie étaient retrouvées respectivement dans 19.2% et 11,6% des cas. Le retentissement sur la scolarité

parmi les enfants suivis en consultation, 159 (26%) étaient en âge de scolarité dont 86% étaient scolarisés alors que les 14% restants non jamais étaient scolarisés, 40,9% avaient des difficultés scolaires, 7,6% avaient abandonné du fait de leur épilepsie et le reste des enfants avait une scolarité normale. Les crises généralisées étaient les plus fréquentes et représentant 70,5%. Une association avec infirmité motrice cérébrale était présente dans 18,6 et avec un retard mental dans 4,7%. L'épilepsie idiopathique représentant 41% des cas, symptomatique 39% et cryptogénique 20 %, les syndromes épileptiques généralisés étaient le plus fréquent dont 12% représentant par l'épilepsie absence, 6% par les syndromes Lennox Gastaut, 5,5% par le syndrome de West, 4% par myoclonies. L'épilepsie paroxysme rolandique représentant le syndrome épileptique partiel idiopathique le plus fréquent. La monothérapie en première intention était la règle 96,8%. (Fatima.S ,2009).

Cette étude nous a fournis des données épidémiologiques des bases sur l'épilepsie de l'enfant et qui sevrant a orienté les recherches ultérieures et les activités de prévention.

L'épidémiologie de l'épilepsie de l'enfant a fait l'objet de nombreux travaux qui ont été souvent difficiles à réaliser et leur résultat ne sont pas toujours comparables, et pour à voir des résultats épidémiologiques plus fiables il faut réaliser une enquête prospective sur la population générale.

Cette enquête a pu juste analyser les principaux facteurs de risque de cette pathologie dans le contexte Marocain (Marrakech).

### **3.Étude épidémiologique sur les enfants épileptiques à Tlemcen :**

Cette étude est réalisée par korbas imane hidayet, khettab assia et seridje meriem septembre 2016 et avril 2017 à l'université Abou bekr Belhaid – Tlemcen faculté de médecine, pour l'obtention du doctorat médecine sous le thème : « **étude épidémiologique sur les enfants épileptiques à Tlemcen** ». Cette étude est faite à l'EHS mère et enfant Tlemcen, service de pédiatrie.

L'objectif de cette étude est de rédiger un registre spécifique pour les maladies épileptiques qui suivent à l'EHS mère et enfant Tlemcen, et déterminer si y a une prédominance d'un sexe par rapport à l'autre chez les enfants épileptiques, déterminer les comorbidités et les syndromes épileptiques chez les enfants épileptiques en final pour préciser les médicaments les plus utilisés pour traiter ces malades.

Dans cette étude, elles ont réalisé une étude descriptive rétrospective, portant sur 125 malades suivis au niveau du service de pédiatrie à l'EHS mère et enfants Tlemcen puis à la polyclinique aboutachifine, durant la période s'étendant du septembre 2016 au avril 2017 la population de cette étude elle concerne l'ensemble des épileptiques consultées chez DR kahouadji au niveau du service de pédiatre à l'EHS mère et enfant Tlemcen puis à la polyclinique aboutachifine pendant la période d'étude. Dans cette population elles ont consultées 125 enfants épileptiques pour un nombre total de 140 patients. Les patients répondant aux critères de façon consécutive et systématique. Cette étude montre que parmi les 140 enfants qui ont consulté à leur étude pour des différents types de convulsion.

Parmi les résultats de cette étude sont : L'étude a montré que parmi les 140 enfants qui ont consulté à notre niveau pour des différents types de convulsion, 125 patients avaient des contrôles sur leurs épilepsies déjà diagnostic, et qui correspond à un taux de 89,28 %, ce taux représente plus du  $\frac{3}{4}$  de l'ensemble des patients puisque les malades déjà au niveau du service et c'est une consultation une consultation de contrôle. Nous avons dans leur étude qui porte sur les 125 patients suivis dans le service de pédiatre EHS mère enfant Tlemcen et au cours de leur période, 71 garçon (soit 57%), pour 54 fille (43%). Dans leur étude, la tranche d'âge de plus de 10 ans est la plus importante 56 cas suivis, tandis que le nombre de patients entre 5-10 ans est 43 cas suivis, leur étude rapporte que 52,8% de leur patients ont fait leur crise à un âge inférieur à 2 ans 19, 20% entre 2- 5 ans, alors que 20% des patients ont la 1 ère crise à l'âge supérieur à 5ans et

finalement 8% ont un âge indéterminé de leur 1 ère crise la répartition des malades dans leur étude, ils ont notées 12cas (soit9,6%) d'asphyxie , 12cas de menigites a liquide clair , 8 cas traumatisme crânien , 7 cas de convulsion , 5 cas de retard psychomoteur et 27 cas d' autre ATCD personnel et 42 cas sans aucun ATCD

.les types d' épilepsie rencontrée dans leur étude sont l'épilepsie type absence représente 8,8% , 9 cas pour le syndrome de West ( soit 7,20 %) et Lennox Gastaut 1,6 % soit 2 cas , 7 cas pour la crise tonico-clonique généralise et même nombre de cas pour la convulsion fébrile simple , grand mal représente 17, 60 % du nombre total des patients suivi et 50 patient ont un autre types d' épilepsie .d' après leur étude , 93% n' ont pas fait le test psychomoteur 5% des patient suivi ont un bon test et 1% des patients suivi ont retard de langage et le même pourcentage pour la paralysie spastique.

Et selon les examen radiologique IRM cérébrale, dans leur étude, 24 patients suivi ont fait l'imagerie dont 15compt rendu est revenu pathologique, 9 compte rendu est sans particularité, ils ont remarquons que 15 patients suivis nécessitent de faire IRM et qui vont le ramener dans les consultations ultérieurs et 86 patients suivis n' ont pas fait l' imagerieTDM(tomodensitométrie)cérébrale nous notons dans leur étude , 16 patients suivis ont un TDM pathologique , 21 patient dont le TDM (pointes ondes continu du sommeil )est revenu non pathologique enfin , 84 patients suivi n' ont pas fait le TDM. Enfin selon les comorbidités leur étude rapporte : 3cas d'énurésie dont 02primaire, 01 seul cas d'énurésie secondaire, le même nombre (soit 2 cas) des patients suivis ont un autisme, surdité, ectopie testiculaire associe. Ils ont retrouvé le même nombre den cas (soit 1 seul cas) pour : migraine, myopathie, angine, anémie, aménorrhée primaire, paralysie central et hydrocéphalie, urticaire et infection urinaire à répétition t enfin 03 cas d'atopie. (Korbas.I ,Khettab.A,Seridje.M,2016-1207, p,56-69).

Dans cette étude on trouve qu'ils ont fait leurs stages d'internat dans d'autre service durant cette période d'étude, le chiffre de l'échantillon 140mais

dans les résultats on trouve que 125 patients consultent dans cette étude. On constate que le polymorphisme clinique des syndromes épileptique infantiles amènent les parents à une période de déni.

Malgré tous les efforts de personnel médicale dans la sensibilisation de la question, des réponses médicales mieux adaptées, des médicaments plus nombreux et mieux tolères l'épilepsie reste une maladie qui pose toujours de nombreux problèmes.

### **Une analyse globale :**

A travers ces études on a constaté que l'épilepsie est une affection neurologique chronique fréquente chez les enfants, la plupart des enfants épileptiques rencontre des difficultés dans leurs parcours scolaires, d'ailleurs la majorité des enseignants affirme que l'épilepsie pouvait perturber la scolarité des enfants et cela due à leurs absentéismes ou au rejet social auprès de leurs établissements.

Malgré les difficultés scolaires majoritaire des enfants épileptiques, il y a une minorité des enfants peuvent et doivent suivre une scolarité normal



### **Conclusion :**

En guise de conclusion de notre travail de recherche, on peut dire que malgré les lacunes qui se rapportent notamment aux difficultés rencontrées, ce travail est pour l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances. Sur le plan théorique,

Ce travail nous a permis de comprendre les crises d'épilepsie, son étiologie, le mode de prise en charge, et le fonctionnement psychologique des enfants épileptique et leurs parents face à cette situation.

L'idée de départ de ce travail consiste que les crises d'épilepsie sont des manifestations paroxystique motrice sensitive, sensorial, ou psychique relie à la décharge excessive et synchrone des neurones du cortex cérébral.

Nous avons conclu, que l'épilepsie est une maladie neurologique non dégénérative, la plus répandue dans le monde, malgré l'existence de traitement.

Portant bien loin d'être résolue les problèmes concernant l'épilepsie restent prégnants dans notre société.

Et on a déduit que le traitement peut avoir un retentissement sur le développement cognitif, le comportement, les intégrations scolaire et l'apprentissage .et comme on a constaté que le rendement scolaire diminue pendant les périodes que les crises sont plus fréquent.

Cette étude nous a permis d'aboutir à un certain nombre de remarques, les deux tiers des enfants souffrant d'une épilepsie passant leur scolarité sans problème, Un tiers rencontrent des difficultés scolaires. Les performances scolaires chez les enfants épileptiques sont en moyenne moins bonnes que celle des enfants en bonne santé. Et comme tous enfant bien portant, un enfant

épileptique peu atteindre les butes qui correspondent à ses talents.

## La liste bibliographique

### Les Ouvrages

1. Artruis, M et al. (2010). **Neurologie pédiatrique** (3e éd.) paris. : médecine- sciences Flammarion.
2. Arzimanaglou, A et al. (1997). **Les épilepsies de l'enfant**. Montrouge : John libbey eurotext.
3. Auvin, S et Roy, S. (2017). **L'épilepsie chez l'enfant conseils de vie au quotidien**. France : John libbey eurotext.
4. Améri, A et Timsit, S et (1997). **Neurologie clinique**. France : heurs de France.
5. Barbeau, D. (2007). **Interventions pédagogiques et réussite au cégep**. Canada : le presse de l'université Laval
6. Basdevant, (2011). **Médicament actifs sur le système nerveux central**. Paris : Lavoisier.
7. Beaussart, J et Genton, P. (2006). **Épilepsie : avancées médicales et sociales**. France : John libbey eurotext.
8. Bouchard, C. Fréchette, N. (2011). **Le développement global de l'enfant de 6 à 12 en contextes éducatifs** : l'université de Québec.
9. Brissrt, H mallard, L. (2018). **Neuropsychologie des épilepsies de l'adulte**. Paris :de Boeck.
10. Cachera, C. (2006). **Neuropsychologie et épilepsie**. France : Novartis neuroscience.
11. Courteix, M et al. (2004). **L'épilepsie en classe**. France : Novartis neuroscience.
12. Clement, C. Demant, E. (2008). **Psychologie du développement**. Paris : Dunod.
13. Dravet, C. (2005). **Comprendre l'épilepsie**. France : John libbey Euronext.
14. Dulac, M. et Saanandej , I et Zizimer, L. (2018). **Cardiologie neurologie**. France : De Boeck supérieur
15. Dumont, J. et al. (1994-2004). **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. (Vol France : Heures de France.
16. Golse, B. (2008). Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. (4e éd). Paris : Masson.
17. Golse, B. (2015). **Le développement affectif et cognitive**, (5 éd vol

2).Paris : Masson.

- 18.Lainy, R. (2017). **Trouble du langage, langue d'enseignement et rendement scolaire**. Paris : l'harmattan.
- 19.Loiseau, P. (2001). **Syndrome épileptiques et troubles psychotiques**. Paris : John Libbey. Euronext.
- 20.Makhoul-miraz, H. (1994). **Pédagogie différenciée et croissance spirituelle des écoliers**. Canada : Québec.
- 21.Mouliner, M. (1997). **Épilepsie en questions**. France: John libbey Euronext. Perkin, D. (2002). **Neurologie manuel et atlas**. Paris : Boeck université.
- 22.Senterre, J.et Eeckels, R. (1996). **Pédiatrie capita sélecta** : Garant.
- 23.Wahl, G et Madelin Mitjavile, C. (2007). **Comprendre et prévenir les échecs Scolaires**. Paris : Odile Jacob.
- 24.Wilkinson, I.M.S. (2002). **Neurologie**. Paris : de Boeck université.

## Dictionnaire

Nombert.S, (2003), **Dictionnaire de la psychologie**, Canada,  
Janine Faine.

## Les revues

1. Bulteau, Ch et Palatiaux, C. (2013), **épilepsie de la petite enfance**, (35).
2. Berillon, E. (1894), **revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique**, (73) .do :21

## Les thèses

1. Gauthier, G. (2016) : **des enfants épileptiques en milieu scolaire : vers un projet d'accueil individualisé régional**. Thèse de doctorat, université de lorraine.
2. Marie, P. (2016-2017) : **développement de l'enfant et découverte de son environnement**. Mémoire de master, université de Franche-Comté. (Vincent.A,2004, p 5)
3. Safini, F. (2009) : **Épidémiologie de l'épilepsie à l'hôpital de jour pédiatrique**. Thèse de doctorat, université cadi ayyad.
4. Diarra, M. (2010) : **Épilepsie à l'école : connaissance, attitudes et pratique de enseignants de la ville de Kati au mali**. Thèse de doctorat,

université de Bamako.

5. Draou, L. Kaid, K. (2015-2016) : **échec scolaire et type d'attachement chez les enfants scolarisés âges de 08a 11 ans**. Mémoire de master, université a. mira- Bejaia.
6. Korbas, I. Kheyab, A. Seridje, M. (2016-2017) : **étude épidémiologique sur les enfants épileptiques à Tlemcen**. Thèse doctorat, université Abou bekr belkaid - Tlemcen.
7. Tebbal, F. (2012-2013). **Fonctionnement mnésique chez le jeune épileptique**. Mémoire de master, université Abou bekr belkaid.

### Site d'internet

<https://entrepains.com/facteurs-qui-conditionnent-le-rendement-scolaire/>

<https://www.chusj.org>

## **1. Résumé**

Ce mémoire est issu d'un travail de recherche sur les enfants épileptiques et leurs rendement scolaire. L'épilepsie est une maladie chronique récidivante définie par la répétition de crises spontanées pas moxystique d'origine cérébrale chez un même sujet, les crises d'épilepsie sont la traduction clinique d'une décharge hyper synchrone, excessive d'une population des neurones hyperexcitables plus ou moins étendu. Nous avons déterminé qu'une maladie chronique comme les crises d'épilepsie peuvent avoir des conséquences sur la vie de l'enfant.

En effet le principal objectif de cette étude et de comprendre les crises d'épilepsie et quel est l'impact de cette maladie sur le parcours scolaire des enfants, l'hypothèse montre que « les crises d'épilepsie chez les enfants âgés de 6 à 12 ans influence négativement sur le rendement scolaire ».

A travers les études antérieures que nous avons effectuées, nous avons constaté et suggéré que les enfants souffrants des crises d'épilepsie peuvent réussir leurs parcours scolaires comme les autres enfants normaux.

## **2. Abstract**

This dissertation is the result of research on children with epilepsy and their academic performance. Epilepsy is a chronic and recurrent disease, defined by the paroxysmal, spontaneous and recurrence of crises for the same subject. These crises are clinical translation of a landfill hyper synchronous excessive for a population neurons hyperexcitables greater or less extent, whatever the clinical symptoms and clinical possibly associated para. We have determined that a chronic illness such as epileptic seizures can affect a child's life.

Indeed, the main objective of this study is to understand epileptic seizures and what is the impact of this disease on the school career of children, the hypothesis shows that "epileptic seizures in children aged 6 to 12 years has a negative influence on academic performance".

Through the previous studies that we have carried out, we have suggested that children suffering from epileptic seizures can succeed in their schooling like other normal children.

### 3. ملخص

هذه المذكرة عبارة عن بحث حول الأطفال المصابين بالصرع وأدائهم الأكاديمي. الصرع هو مرض مزمن متكرر يتم تحديده من خلال تكرار النوبات التلقائية وفجائية وليس المكيسة من أصل دماغي عند نفس الشخص، ونوبات الصرع هي الترجمة السريرية لإفرازات مفرطة متزامنة لمجموعة من الخلايا العصبية المفرطة القابلة للتكسير أكثر أو أقل اتساعًا. المرض المزمن مثل نوبات الصرع يمكن أن يكون له تأثير على حياة الطفل.

الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو فهم نوبات الصرع وما هو تأثير هذا المرض على تعليم الأطفال كما تظهر الفرضية أن «نوبات الصرع لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و12 عامًا تؤثر سلبًا على الأداء المدرسي».

من خلال الدراسات السابقة التي أجريت استنتجنا واقترحنا أن الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع يمكنهم أن ينجحوا في تعليمهم مثل الأطفال العاديين الآخرين.