

## CE 38 – La difficulté scolaire particulière

Elle peut d'abord être due à des **causes médicales** :

- **Maladies** : initialement les examens médicaux recherchent les défaillances organiques, causes de retard scolaire. Ces défaillances peuvent même devenir des obstacles plus ou moins importants à une scolarité dite « normale ».
  - o Ex : cardiopathie congénitale (malformation du cœur) ou rhumatismale (maladie cardiovasculaire qui résulte d'une infection de la gorge), ou encéphalopathie néonatale (ou de la première enfance -> coma, apnée, épilepsie) ou infirmités motrices, diabète, tuberculose, épilepsie avec crises fréquentes, ou maladies plus rares.
- **Fatigue** : facteur souvent évoqué chez un écolier, l'enfant au retour de l'école somnole sur ses leçons, ses devoirs, il ne cherche pas non plus à jouer. Le matin il peine à se lever, il est de mauvaise humeur. Des difficultés de caractère peuvent s'en suivre avec une instabilité, une agressivité. Les causes peuvent être variées : convalescence écourtée (surtout à la suite d'une maladie virale qui a beaucoup affaibli l'organisme), des infections rhino-pharyngées à répétition, une fatigabilité surtout chez certains garçons en cas de croissance rapide, migraines variables et rebelles, hyperthermie (fièvre), l'alimentation (et fautes diététiques graves et durables), sommeil, trajets avec moyens de transport contraignants et fatigants (obligent l'enfant à une trop longue attente), les loisirs (surtout sport dont la dose doit être à la mesure de chaque enfant), surmenage (enfant travaille trop comparé à ce que son corps peut supporter). Le surmenage peut être pédagogique (problème des programmes ou venir de la fréquence des devoirs), ou familial et fraternel.

Elle peut aussi être due à des **causes pédagogiques** : l'irrégularité peut désorienter l'enfant (changement répété d'école, de camarades etc), l'absentéisme (maladies répétées ou parents trop négligeant ou trop complaisants (cherche à faire plaisir), lacunes.

Elle peut venir d'un **déficit sensoriel** :

- **Handicap visuel** : un cas relève d'une scolarisation spéciale -> élèves amblyopes (trouble qui gêne le fonctionnement de la partie du cerveau venant d'un œil, le meilleur œil, après correction est de 0 à 3/10). Mais le handicap peut aussi être une myopie, un strabisme, un astigmatisme, qu'il faut repérer et corriger.
- **Handicap auditif** : fait d'être sourd-muet. La surdimutité représente la forme la plus grave du déficit de l'audition, on estime qu'elle touche environ 1 enfant sur 2000.
- **Troubles du langage** :
  - o **Oral** : troubles de l'articulation, retard de la parole, retard de langage. On les rencontre chez plusieurs types d'enfants : ceux dont le développement de langage a été tardif, ceux dont la parole a été altérée, ceux qui construisent mal leur phrase, ceux dont la compréhension du langage demeure globale et sommaire. On retrouve souvent chez eux plusieurs caractéristiques : léger retard dans le développement moteur, difficultés dans l'acquisition du schéma temporel, troubles de l'organisation temporo-spatiale, et quelques perturbations affectives. Le trouble doit être décelé de préférence dès la maternelle pour entreprendre au plus tôt une rééducation.
  - o **Articulation** : déformation, remplacement ou suppression des phonèmes. Ils sont liés à différents stigmatismes : le zozotement, le nasonnement (voix en « canard »). Leur

rééducation nécessite une technique précise, l'âge le plus favorable se situe vers 5-6 ans (en GS), juste avant l'apprentissage de la lecture.

- **Retard de parole** : la forme du mot ne peut pas être produite correctement et l'altération n'affecte plus simplement certains phonèmes mais presque tous. Le niveau de compréhension est bon mais il y a un décalage avec le niveau de reproduction. La plupart du temps, l'enfant sait reconnaître si un mot est bien ou mal prononcé mais il ne peut pas se le représenter de manière assez précise pour lui-même le reproduire.
- **Retard de langage** (souvent associé au langage de parole) : atteinte au niveau de la structure de la phrase. La conduite à tenir varie selon l'âge de l'enfant. Si le retard de langage persiste après 3 ans et que l'enfant ne va pas à la maternelle, il faut conseiller la scolarisation. A l'âge de 5-6 ans, c'est le meilleur moment pour une rééducation mixte du langage et de la parole.
- **Troubles du langage écrit** : dyslexie et dysorthographe.
  - **Dyslexie** : difficulté anormale dans l'apprentissage de la lecture. On ne peut pas parler de dyslexie si cet échec est dû à un déficit sensoriel ou intellectuel, à des troubles du comportement ou à de mauvaises conditions d'apprentissage. Elle s'établit sur un **ensemble d'insuffisances fonctionnelles** diverses associées ou non : retard de langage, trouble du schéma corporel, trouble de l'orientation temporo-spatiale, trouble de la latéralisation (= fait d'utiliser préférentiellement les organes d'un côté du corps pour effectuer certaines tâches. Ex : être droitier / gaucher). La dyslexie vient se greffer sur un retard de maturation mais elle se structure au moment où l'enfant engage une relation particulière avec les premiers rudiments de la connaissance, et peut donc comporter des éléments affectifs. Elle se caractérise par une incompréhension du système d'écriture alphabétique (plus grave dyslexie qui confine à une alexie = stade suprême, enfant n'établit pas de lien entre le signe écrit et le son qu'il symbolise), par une difficulté à différencier les sons (l'enfant ne peut analyser correctement les sons du langage oral. Ex : [p] / [b], [t] / [d], [f] / [v]), par une difficulté de différenciation visuelle (difficile de voir la forme, la structure. Ex : m / n), par une difficulté à différencier l'ordre de succession des lettres ou des syllabes, par une difficulté d'évocation rapide de la réalité symbolisée par les sons lus (entraîne une lecture hachée, le regard reste fixé sur le mot à lire et le texte devient incompréhensible autant pour le lecteur que pour l'auditeur). Quand on constate qu'un enfant est dyslexique, il faut engager le traitement au plus tôt (rééducation le plus souvent), en règle générale après 6 mois de CP (pour éviter à l'enfant de prendre du retard à l'école et d'éviter une dysorthographe).
  - **Dysorthographe** (trouble de l'acquisition de l'expression écrite) : dysfonctionnement de l'écriture dû à un trouble d'apprentissage persistant de l'acquisition et de la maîtrise de l'orthographe. La dysorthographe fait souvent suite à la dyslexie, mais ce n'est pas la même chose ! Il faut insister sur un traitement préventif : en GS, avec une rééducation des troubles du langage, des difficultés motrices et de l'organisation spatiale. Parfois on remarque une difficulté affective profonde, et il faudra pratiquer une psychothérapie.

Elle peut venir d'un **déficit intellectuel** : diagnostic est important, il est à établir sur des bases certaines, avec des tests psychométriques (tests qui explorent l'intelligence pratique et abstraite, verbale et non verbale).

- Parmi les tests les plus utilisés : **échelle Terman-Merrill 1937** (adaptation du test de Binet-Simon), c'est une des échelles de développement intellectuel les plus employées de nos jours. Elle est applicable de **2 ans à l'âge adulte**. Elle comprend 122 items hétérogènes. Cela consiste à des tâches verbales et non verbales, et on se sert des résultats pour calculer un QI (quotient intellectuel).
- Autre test : **échelle de Wechsler-Bellevue (échelle WISC)**. C'est pour les enfants **de 5 à 15 ans**, conçue en 1939. C'est un test avec à l'intérieur 11 sous-tests, avec 6 tests verbaux (pour apprécier les connaissances générales, l'acquis d'une expérience pratique, la pensée conceptuelle etc) et 5 tests non-verbaux (traitent du raisonnement logique, capacité d'instaurer des automatismes, des aptitudes discriminatives). A la fin de ce test on obtient 3 QI : global, verbal, de performance. Cela donne une note, avec des notes réparties sur une échelle normalisée de moyenne 100.
- **Test des cubes de Kohs** : entre **6 et 14 ans**. Mis en place en 1920 par le psychologue Samuel Kohs. Il permet de mesurer l'expression de la pensée conceptuelle, c'est aussi un test d'intelligence et de développement. Les cubes de Kohs testent les capacités visuo-spatiales et les habiletés de coordination visuomotrices. Le test évalue la structuration et les méthodes employées pour saisir et résoudre certains problèmes logiques. Il y a 16 cubes colorés et le patient doit reproduire les motifs affichés sur une série de patrons qu'on lui propose.

La confrontation des résultats obtenus à tous ces tests conduit à deux éventualités : **niveau intellectuel est supérieur au niveau scolaire** (alors il faut voir plus loin et pas juste traiter l'enfant de paresseux) ou alors le **niveau de classe est supérieur à celui de l'enfant** (alors il faut l'orienter vers un enseignement plus adapté : classe de transition, classe de perfectionnement, voire placement dans un établissement spécialisé).

Elle peut venir de **causes affectives** :

- **Anxiété** : embarras, inquiétude vive. Elle peut diminuer le rendement d'une manière chronique (tout le temps et dure), permanente ou à long terme, ou de façon très sévère. Elle réduit la confiance en soi de l'enfant. Elle peut correspondre à une hyperémotivité, une situation conflictuelle, ou à un traumatisme affectif. Elle peut relever d'un état durable, plus ou moins pathologique selon son intensité. Il faut donc essayer de clarifier la situation, en revoyant et en l'encourageant, ou alors en allégeant l'inquiétude parentale.
- Les **phobies scolaires** se rapprochent de l'anxiété. Le plus souvent il s'agit d'enfant unique et de filles, qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller en classe et résistent, avec des réactions d'angoisse voire de panique, si on veut les contraindre à aller malgré tout à l'école. Elles surviennent surtout lors des changements de scolarité (passage de la maternelle à l'élémentaire donc début CP, et de l'élémentaire au collège donc début 6<sup>ème</sup>).
- La **structure familiale** peut mener à l'anxiété scolaire. En général, cela vient d'une association mère écrasante et père effacé, ou alors un enfant hostile et anxieux en réaction à la surprotection et à la mise en dépendance de la mère (enfant pas effrayé d'aller à l'école mais effrayé de quitter sa mère). Il y a aussi la mère qui s'agrippe à son enfant, dont elle accepte difficilement l'enfance. Pour traiter l'anxiété, il y a souvent une double prise en charge : enfant et parents.
- **L'instabilité** : incapacité à se fixer dans les mêmes idées, les mêmes sentiments. Il y a un rôle affectif à l'instabilité psychomotrice, avec une hyperémotivité, une anxiété, une insécurité

latente, une quête affective, qui peuvent passer par la recherche de la punition. Le traitement sera : une extension des activités physiques, le travail en petit groupe, des horaires courts, une compréhension des aspects affectifs du problème.

- **L'opposition** : opposition active (se manifeste par une indiscipline, des stratégies pour échapper aux contraintes scolaires) u opposition passive (réserve, inertie, une non-participation). Cela peut signifier une revanche contre un autorité parentale trop draconienne, trop restrictive, ou à l'inverse témoigner d'une absence de cette autorité. Il peut aussi s'agir pou l'enfant d'un besoin d'attirer l'attention sur lui.