

LES DIFFICULTES SCOLAIRES

I. Les causes médicales

1. Les maladies

La recherche des défaillances organiques, cause de retard scolaire, est le but que se propose initialement tout examen médical. Elles peuvent même devenir des obstacles plus ou moins importants à une scolarité dite normale :

- cardiopathie congénitale ou rhumatismale,
- encéphalopathie néonatale ou de la première enfance,
- infirmités motrices,
- diabète sévère,
- tuberculose pulmonaire ou osseuse évolutive,
- épilepsie aux crises trop fréquentes.

2. La fatigue

C'est un facteur souvent évoqué chez un écolier. L'enfant, au retour de l'école, somnole sur ses devoirs et ses leçons qui lui demandent un grand effort malgré une bonne volonté indéniable. Il ne cherche pas à jouer. Il lui est difficile le matin de se lever, il est bougon et maussade.

Des difficultés de caractère peuvent s'en suivre avec une instabilité, une agressivité.

Les causes de cette fatigue sont diverses :

- une convalescence écourtée, en particulier, à la suite d'une maladie virale très asthénisante,
- des infections rhino-pharyngées à répétition,
- une fatigabilité surtout chez certains garçons en période de croissance rapide. Cette fatigabilité s'associe souvent à des céphalées variables et rebelles, parfois à une hyperthermie discrète et passagère,
- l'alimentation et surtout les fautes diététiques graves et durables,
- le sommeil dont l'hygiène est primordiale pour le bon rendement à l'écolier,
- les trajets avec des moyens de transport fatigants et contraignants, qui obligent l'enfant à une trop longue attente,
- les loisirs, surtout les sports, dont la dose doit être à la mesure de chaque enfant,

- le surmenage :
 - surmenage pédagogique : c'est un problème de programmes qui ne sera pas discuté ici. C'est aussi le fait fréquent des devoirs et des leçons qui peuvent paraître effrayants à certains enfants et dépasser leurs possibilités, parce qu'ils ne sont pas à leur place dans une classe dont le niveau est trop élevé.
 - surmenage au niveau familial et fraternel qui peut amener des perturbations par l'ambiance autour de l'écolier.

II. Les causes pédagogiques

- L'irrégularité c'est-à-dire des changements répétés d'écoles, de camarades, de maîtres, de programmes qui peuvent désorienter l'enfant. Il faut en tenir compte lorsqu'on prescrit un arrêt de scolarité ou un séjour hors du milieu habituel.
- L'absentéisme : rançon des maladies répétées mais aussi favorisé par des parents négligents ou trop complaisants.

Le dépistage des lacunes est une affaire de pédagogie. Un test synthétique de niveau scolaire explorant diverses matières permet de les déceler parfois rapidement.

Les causes des lacunes relèvent de mécanismes différents qui co-existent souvent :

- absentéisme scolaire,
- mais aussi lorsque l'explication est venue à une époque où l'enfant n'était pas mûr pour la recevoir, alors que l'âge mental était satisfaisant par ailleurs.

III. Les déficits sensoriels

1. Le handicap visuel

Ce sont les amblyopes qui relèvent d'une scolarité spéciale : l'indication est une acuité visuelle chiffrée entre 0 et $3/10^{\text{ème}}$ du meilleur œil après correction. Mais, il peut s'agir également d'un astigmatisme, d'une myopie qu'il importe de corriger.

2. Le handicap auditif

La surdi-mutité représente la forme la plus grave du déficit de l'audition (1 pour 2000 enfants).

Les sourds sont ceux qui n'entendent pas la voix forte, dont le déficit atteint 65 à 70 dB pour des fréquences moyennes. Leur défaut de langage interdit la scolarité en milieu normal.

Ce sont surtout les demi-sourds ou sourds partiels qui risquent de ne pas attirer l'attention sur la véritable cause de leur inadaptation (4% à 6 ans). L'hypoacousie est gênante dans la mesure où elle atteint surtout les fréquences conversationnelles c'est-à-dire celles qui correspondent aux voyelles et aux consonnes et gêne la scolarité.

IV. Les troubles du langage

1. Les troubles du langage oral

Les troubles du langage oral se classent en :

- troubles de l'articulation,
- retard de la parole,
- retard de langage.

Ils se rencontrent chez des enfants :

- dont le développement de langage a été tardif,
- dont la parole a été altérée,
- qui construisent mal leurs phrases,
- et, dont la compréhension du langage demeure globale et sommaire.

Mais ces enfants ne sont ni arriérés, ni sourds, ni psychotiques, cependant on retrouve souvent chez eux :

- un léger retard dans le développement moteur,
- des difficultés dans l'acquisition du schéma corporel,
- des troubles de l'organisation temporo-spatiale,
- quelques perturbations affectives.

C'est en maternelle qu'il convient de déceler le trouble et d'entreprendre une rééducation.

2. Les troubles de l'articulation

Les troubles de l'articulation, c'est-à-dire déformation, remplacement ou suppression des phonèmes, sont liés à différents stigmatismes : zozotement, nasonnement.

Leur rééducation nécessite une technique précise : l'âge le plus favorable se situe entre 5-6 ans, c'est-à-dire en dernière section de maternelle, avant l'apprentissage de la lecture.

3. Le retard de parole

La forme du mot ne peut être produite correctement et l'altération n'intéresse plus simplement certains phonèmes. 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 le mot est bien ou mal prononcé, mais il ne peut se le représenter de manière assez précise pour le reproduire correctement.

4. Le retard de langage

Le retard de langage est souvent associé au précédent : c'est une atteinte de la structure de la phrase, qui se situe au niveau psycholinguistique et non plus mécanique.

La conduite à tenir est variable en fonction de l'âge :

- si ce retard de langage persiste après 3 ans et que l'enfant ne va pas à la maternelle, il faut conseiller la scolarisation ;
- c'est encore entre 5 et 6 ans que se situe le meilleur moment pour une rééducation mixte du langage et de la parole.

5. Les troubles du langage écrit : la dyslexie-dysorthographe

La dyslexie est une incapacité ou du moins une difficulté anormale dans l'apprentissage de la lecture.

On ne peut en parler si cet échec est dû à un déficit sensoriel ou intellectuel, à des troubles du comportement, à de mauvaises conditions d'apprentissage. La dyslexie s'établit sur un ensemble d'insuffisances fonctionnelles diverses associées ou non :

- retard de langage,
- troubles du schéma corporel,
- troubles de la latéralisation,
- troubles de l'orientation temporo-spatiale.

Elle se greffe donc sur un retard de maturation mais 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 à l'origine des plus graves dyslexies confinant à l'alexie : l'enfant n'établit pas de lien entre le signe écrit et le son qu'il symbolise.
- Une difficulté à différencier les sons : l'enfant ne peut analyser correctement les sons du langage oral. Les confusions les plus tenaces et les plus fréquentes sont entre le « b » et « p », le « t » et « d », le « f » et « v ».
- Une difficulté de différenciation visuelle : c'est-à-dire difficulté à percevoir forme et structure entre le « b » et « d », le « p » et « q », le « m » et « n ».
- Une difficulté à différencier l'ordre de succession des lettres ou syllabes, relevant peut-être, comme la précédente, d'un trouble d'orientation spatiale.
- Enfin, une difficulté d'évocation rapide de la réalité symbolisée par les sons lus, ce qui entraîne une lecture à peine, hachée, le regard reste fixé sur le mot à lire et le texte devient incompréhensible autant pour le lecteur que pour l'auditeur.

Lorsqu'on constate qu'un enfant est dyslexique, il faut engager le traitement le plus tôt possible (le plus souvent une rééducation) en règle après 6 mois de CP et ceci pour éviter à l'enfant de prendre du retard sur le plan scolaire et pour éviter l'apparition d'une dysorthographe. En fait, c'est sur le traitement préventif qu'il faut insister, c'est-à-dire la rééducation en dernière année de maternelle :

- des difficultés motrices et de l'organisation spatiale,
- des troubles du langage.

Mais parfois on constate une difficulté affective profonde et il faudra pratiquer une psychothérapie.

V. Les déficits intellectuels

C'est le diagnostic qu'il ne faut pas porter à la légère. Ce n'est pas un diagnostic d'élimination, mais un diagnostic positif qu'il faut établir sur des bases certaines. C'est dire la nécessité absolue d'examen complémentaires précis tels que les tests psychométriques explorant :

- l'intelligence pratique et l'intelligence abstraite,
- l'intelligence verbale et l'intelligence non verbale.

Parmi les plus utilisés :

- le Terman-Merrill, adaptation du test de Binet-Simon,
- les échelles de Wechsler-Bellevue (WISC) pour les enfants de 5 à 15 ans,
- le test des cubes de Kohs entre 6 et 14 ans : il évalue la structuration et les méthodes employées pour saisir et résoudre certains problèmes logiques.

La confrontation des résultats obtenus conduit à deux éventualités :

- le niveau intellectuel est supérieur au niveau scolaire. Il faut chercher plus loin, ne pas taxer l'enfant de « paresseux » comme y incite volontiers l'entourage ;
- le niveau intellectuel et le niveau scolaire sont similaires. C'est un problème d'orientation qui se pose. Si le niveau de la classe est supérieur à celui de l'enfant, il faut l'orienter vers un enseignement plus adapté : classe de transition, classe de perfectionnement, voir placement dans un établissement spécialisé.

VI. Les causes affectives

1. L'anxiété

Elle peut diminuer le rendement d'une manière chronique ou paroxystique¹ (composition, interrogation orale). Elle diminue la confiance en soi de l'enfant. Elle peut correspondre à une hyperémotivité, à une situation conflictuelle, à un traumatisme affectif ; enfin, elle peut relever d'un état durable, plus ou moins pathologique selon son intensité.

Il faut essayer de clarifier la situation :

- en revoyant l'enfant et en l'encourageant,
- en allégeant l'inquiétude parentale.

Les « phobies » scolaires s'en rapprochent :

- Il s'agit le plus souvent, 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.
- Elles surviennent essentiellement lors des changements de scolarité, c'est-à-dire lors du passage de la maternelle au primaire et du primaire au secondaire.

¹ Qui survient par crises aiguës.

- La structure familiale peut être caractérisée par :
 - une association « mère écrasante - père effacé »,
 - réagissant à cette surprotection et à cette mise en dépendance de la mère, l'enfant devient hostile et anxieux et ceci va constituer un cercle vicieux. On peut dire que l'enfant n'est pas primitivement effrayé d'aller à l'école, mais qu'il est effrayé de quitter sa mère.
 - de son côté, la mère s'agrippe à son enfant dont elle accepte difficilement l'absence.
- Le traitement est variable mais il comporte souvent une double prise en charge : l'enfant et les parents.

2. L'instabilité

Il s'agit ici du rôle affectif de l'instabilité psychomotrice, l'autre pôle étant le pôle moteur. Il est représenté par une hyperémotivité, une anxiété, une insécurité latente, une quête affective, qui peuvent passer par la recherche de la punition.

Le traitement comprendra :

- une extension des activités physiques,
- le travail en petits groupes, des horaires courts,
- enfin, un essai d'abord des aspects affectifs du problème.

3. L'opposition

Tantôt « active » se manifestant par une indiscipline et des expédients divers pour échapper aux contraintes scolaires, tantôt « passive » se traduisant par une réserve, une inertie, une non participation, elle peut signifier une revanche contre une autorité parentale trop draconienne, ou, à l'opposé, témoigner d'une absence de cette autorité.

Il peut également s'agir pour l'enfant d'un besoin d'attirer l'attention sur lui.