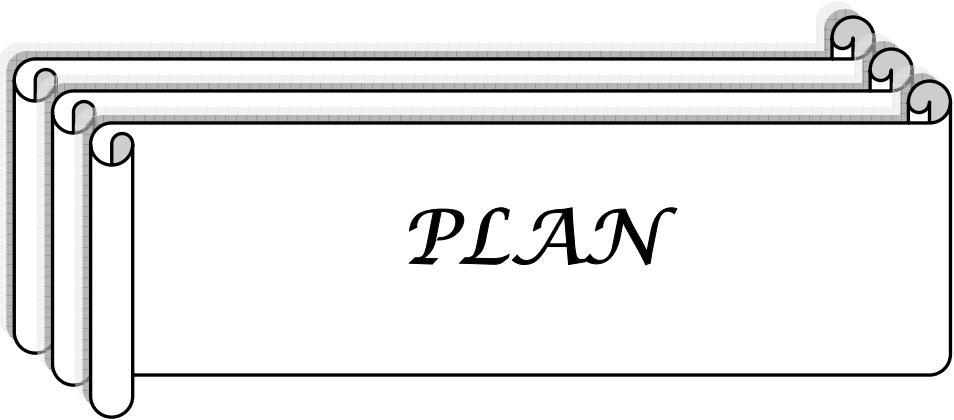


ABREVIATIONS

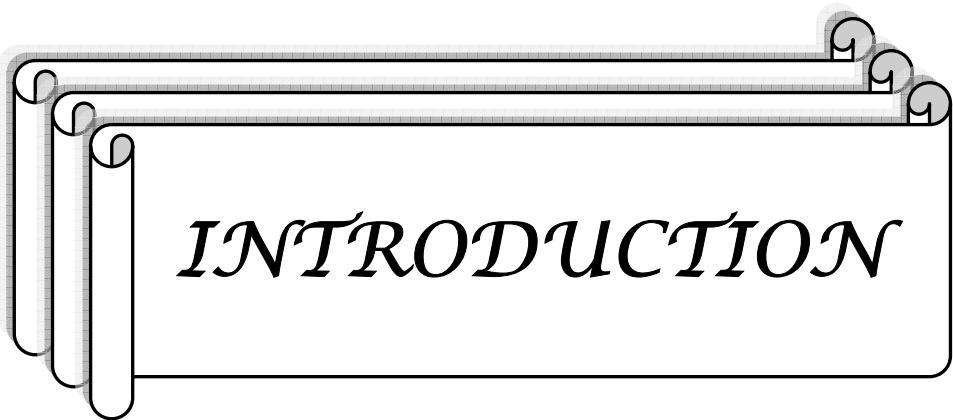
ATCD	:	Antécédents
CDI	:	Inventaire de dépression chez l'enfant
CDRS-R	:	Version révisée du Children's Depression Rating Scale
CFTMEA	:	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CIM 10	:	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – 10ème version
COSEF	:	Commission spéciale d'éducation et de formation
CP	:	Cours préparatoire
DISC-R	:	Version révisée du Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM IV-TR	:	Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, 4 ème édition – texte révisé
ERCA	:	Échelle résumée du comportement autistique
IMC	:	Infirmité motrice cérébrale
IME	:	Instituts médico-éducatifs
KABC	:	Batterie de Kaufman pour l'examen psychologique de l'enfant
OMS	:	Organisation mondiale de santé
ORL	:	Oto rhino laryngologie
QI	:	Quotient intellectuel
RM	:	Retard mental
SA	:	Semaines d'aménorrhée
THADA	:	Trouble hyperactivité avec déficit d'attention associé
TOC	:	Trouble obsessionnel compulsif
VRG	:	Maladie de Von Recklin–. Gausen
WISC III	:	Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfant–3ème édition
WPPSI-R	:	Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période pré-scolaire et primaire – forme révisée



PLAN

Matériel et méthodes	3
Résultats.....	6
I. Les caractéristiques des patients.....	7
II. Les particularités du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant	14
III. Les données scolaires.....	15
IV. L'évaluation para clinique de l'enfant en situation d'échec scolaire.....	16
V. Les orientations étiologiques.....	16
VI. L'évolution des patients.....	19
Discussion.....	20
I. Histoire de l'école marocaine.....	21
II. Discusion de nos résultats.....	23
1–Profil épidémiologique des enfants en échec scolaire.....	23
1–1 Les caractéristiques sociodémographiques.....	24
1–2 Les circonstances de rencontre.....	27
2– Les causes de l'échec scolaire.....	28
2–1 Les causes organiques	30
2–2 les troubles de l'efficience intellectuelle.....	30
a- La déficience intellectuelle	30
b- La précocité intellectuelle de l'enfant	33
2–3 Les causes psychoaffectives	34
a- Les troubles anxieux caractérisés.....	34
b- La dépression.....	36
c- Les troubles affectifs liés à l'environnement	39
d- Le trouble envahissant du développement	39
e- Autres troubles psychoaffectifs	41

2–4 Les causes instrumentales	41
a- Les enfants « <i>DYS</i> »	43
b- Instabilité psychomotrice ou trouble hyperactivité avec déficit d'attention associée	49
2–5 Les causes pédagogiques	52
III. Limites de l'étude.....	53
 Perspectives.....	54
 Conclusion	61
 Annexes	63
 Résumés	
 Bibliographie	



INTRODUCTION

Préoccupation d'actualité et problème de société, l'échec scolaire suscite des débats contradictoires et des positions parfois idéologiques non justifiées quant à la manière de l'appréhender.

En effet, au Maroc l'école a toujours concentré en son sein des enjeux sociaux qui parfois la dépassent. Les disparités de méthode entre les deux systèmes éducatifs public et privé rendent parfois l'école inégalitaire, d'autant plus que le choix du type de scolarisation dépend essentiellement des moyens économiques de chacun.

Dans ce contexte, devant un enfant en situation d'échec scolaire la famille souvent désemparée, les enseignants généralement déroutés, une intervention médicale est parfois sollicitée. Celle-ci, doit s'inscrire dans une démarche clinique rigoureuse où l'échec scolaire est appréhendé comme un symptôme nécessitant un diagnostic étiologique précis afin de proposer une orientation appropriée qui s'appuie sur les aspects actuels de la pédopsychiatrie.

Le présent travail a un triple objectif :

- Aborder :

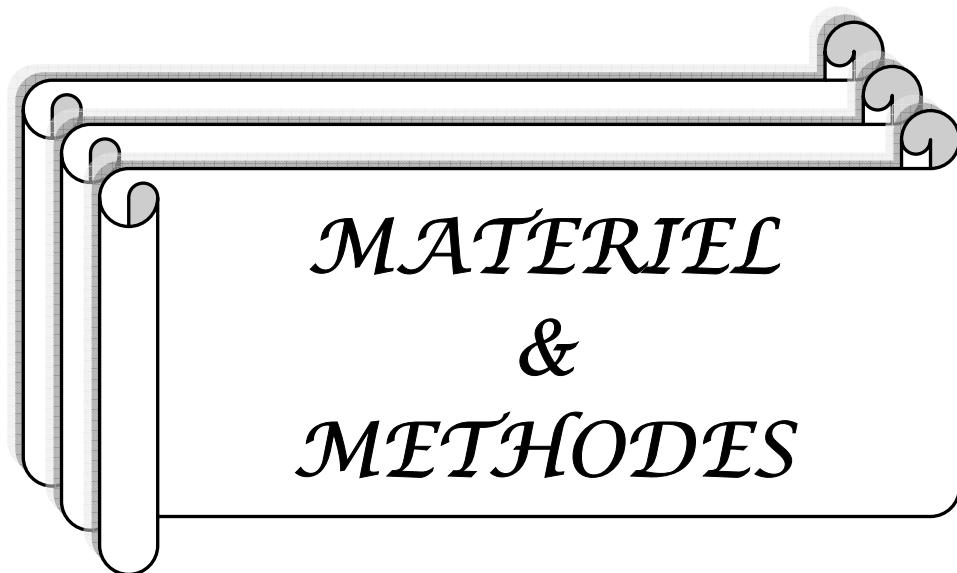
L'échec scolaire, un sujet ancien qui reste une préoccupation d'actualité. Nous allons essayer d'apporter un éclairage nouveau en s'appuyant sur les aspects actuels de la pédopsychiatrie en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge.

- Établir un plan adapté d'intervention :

En insistant sur l'importance d'une démarche médico-psychologique rigoureuse.

- Remédier :

Nous envisagerons une approche multi disciplinaire et un travail en réseau intégrant plusieurs champs : médical, psychologique, pédagogique, rééducatif et social pour la prise en charge de l'enfant en situation d'échec.



1- Type de l'étude :

- ❖ Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une série d'enfants présentant un échec scolaire ayant été suivis en consultation de pédopsychiatrie du service de psychiatrie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

2- Echantillon:

- ❖ Nous avons inclus dans cette série 100 cas d'enfants en cycle de scolarisation obligatoire âgés entre 6 et 12 ans ayant consultés pour échec scolaire pendant une période de 5 ans allant de Janvier 2003 à Décembre 2007, sur un total de 356 enfants ayant consulté en pédopsychiatrie pendant la même période (28,08%).
- ❖ Ils ont été exclus de cette étude les enfants perdus de vue après la première consultation (15 cas).

3- Variables étudiées :

- ❖ À travers notre étude nous avons traité un ensemble de paramètres relatifs aux différents aspects épidémiologiques, psychopathologiques et ceux concernant les différentes mesures de prise en charge.

4- Recueil des données :

- ❖ Nous nous sommes basés dans notre étude sur une fiche d'exploitation regroupant les informations suivantes (Voir annexe I) :
 - Démographiques : l'âge, le sexe
 - Socioéconomiques
 - Les antécédents médicochirurgicaux familiaux (des parents et de la fratrie).
 - Les informations médicales concernant la santé de l'enfant physique et psychique

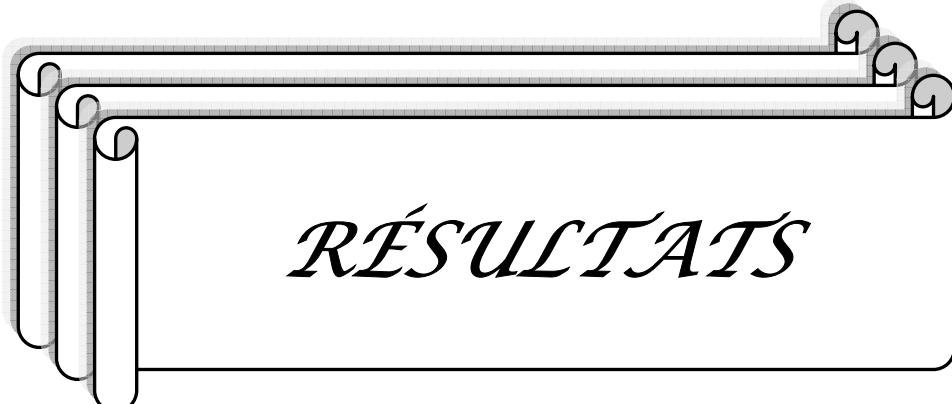
- Les antécédents médicochirurgicaux personnels
 - Le déroulement du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant
 - Les modalités de prise en charge et le suivi.
- ❖ Nous nous sommes référés dans notre démarche diagnostique aux différentes classifications internationales (CIM 10, DSM IV, CFTMEA).
- ❖ L'évaluation clinique des enfants faisait appel aux quatre principaux outils suivants :
- L'entretien médico-psychologique (enfant et parents)
 - Le questionnaire de Conners dans ses deux versions : enseignants et parents (voir annexe II et III)
- Les tests psychométriques :
- Les échelles de dépression : CDI (voir annexe IV) et BECK (voir annexe V)
 - L'échelle résumée du comportement autistique ERCA III (voir annexe VI)
 - L'échelle de dysphasie (voir annexe VII)
 - Les tests attentionnels : test de cloches (voir annexe VIII) et test de STROOP (voir annexe IX)
 - Le WISC III (voir annexe X).

5- Analyse statistique des données :

- ❖ La saisie et la validation des données a été faite sur le logiciel EPI INFO 6.04fr.
- ❖ L'analyse statistique a fait appel au calcul des moyennes et des écarts types pour les variables quantitatives et des pourcentages pour les variables qualitatives.
- ❖ L'analyse des résultats a été faite au laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine de Marrakech.

6- Considérations éthiques :

- ❖ Les considérations éthiques ont été respectées à savoir l'anonymat et la confidentialité des informations notées sur les dossiers des malades.
-



RÉSULTATS

I- Les caractéristiques des patients :

1- L'âge :

L'âge moyen des consultants était de **8,9 ans** avec un écart type de **1,97**.

La répartition des tranches d'âge dans cette série d'enfants était comme suit :

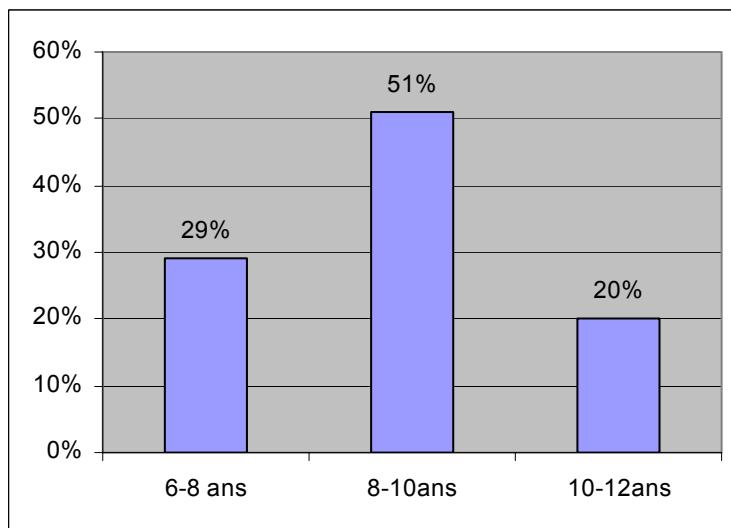


Figure 1 : Répartition selon l'âge

2- Le sexe :

Parmi 100 patients 68 étaient de sexe masculin (68%) et 32 étaient de sexe féminin (32%) avec un sex- ratio de 2,1.

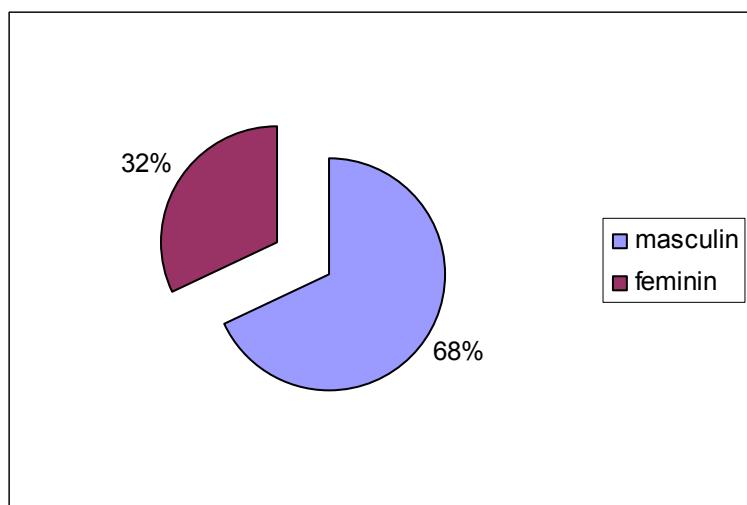


Figure 2 : Répartition selon le sexe

3- L'origine géographique :

96 enfants provenaient du milieu urbain soit 96%.

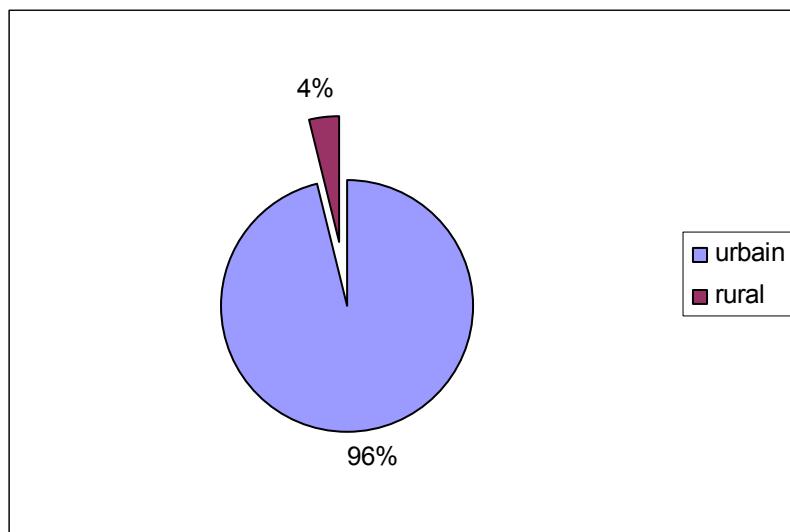


Figure 3 : Répartition selon l'origine

4- Le niveau socioéconomique :

La grande majorité d'enfants était issue d'un niveau socioéconomique moyen (90%) et 10 écoliers avaient des conditions plus défavorables (10%).

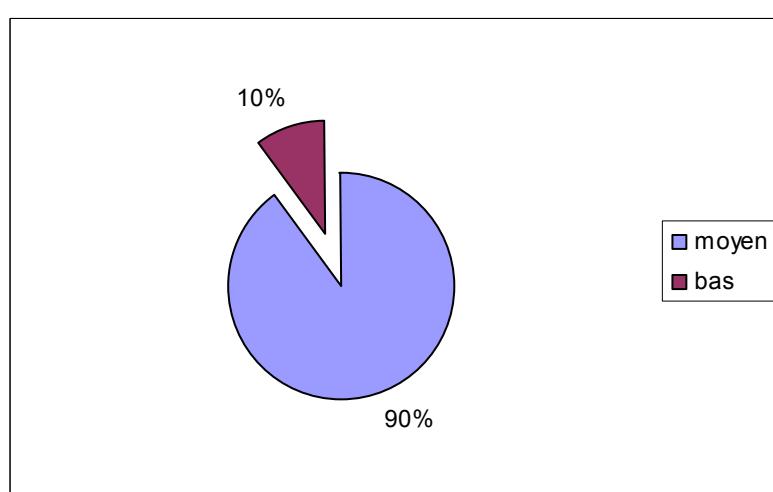


Figure 4 : Répartition selon le niveau socio économique

5- Le niveau d'instruction des parents:

5.1- Niveau d'instruction de la mère:

Nous avons noté qu'une mère sur trois n'avait jamais été scolarisée (30%). Par contre, 53% des mères avaient un niveau d'étude primaire.

5.2- Niveau d'instruction du père :

Pour les pères : 65% avaient accédé au lycée ou à l'enseignement supérieur et seulement 16% avaient un niveau d'instruction se limitant au primaire ou au secondaire.

6- Le statut matrimonial des parents :

8 enfants étaient issus de parents divorcés (8%).

2 enfants étaient adoptés (2%).

La notion de mariage consanguin était retrouvée dans 3 cas.

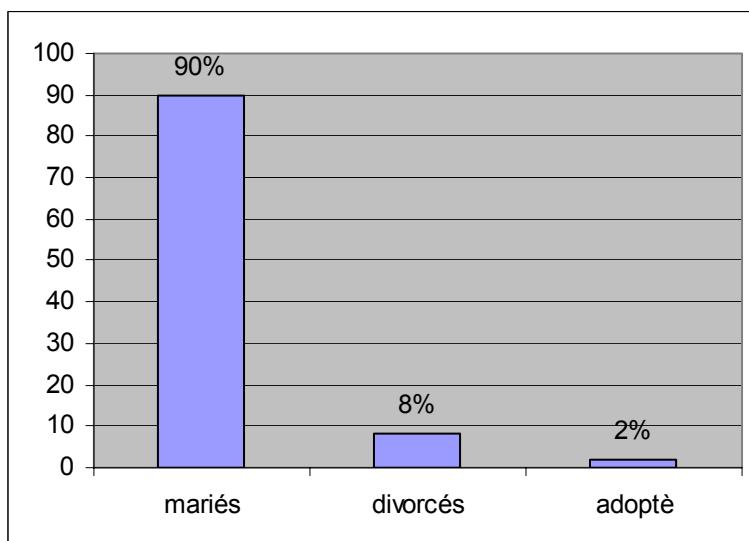


Figure 5 : Situation familiale

7- Les données cliniques :

7-1 Motifs de la consultation :

Les motifs de la consultation étaient divers :

- 61 écoliers ont été adressés pour des difficultés scolaires soit 61%.
- 25 demandes ont été soumises par des troubles de comportement (agressivité, hyperactivité, impulsivité).
- Alors que dans 14 cas la demande de soin a été motivée par d'autres plaintes : signes somatiques, angoisse, isolement, tristesse...

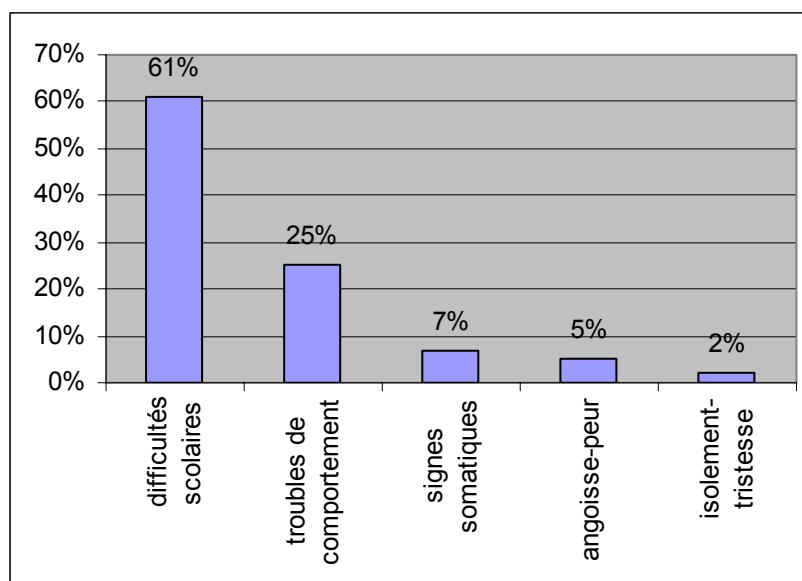


Figure 6: Le motif de la consultation

7-2 L'origine de la demande de soin :

La famille était la principale source de demande de soin avec un pourcentage de 48%, demande souvent incitée par l'école.

Les autres demandes étaient réparties comme suit :

- Médecin : 33% (pédiatre dans 24%, généraliste dans 4%, neurologue dans 4%, psychiatre dans 1% des cas).
- Psychologue : 17%.
- Orthophoniste : 2%.

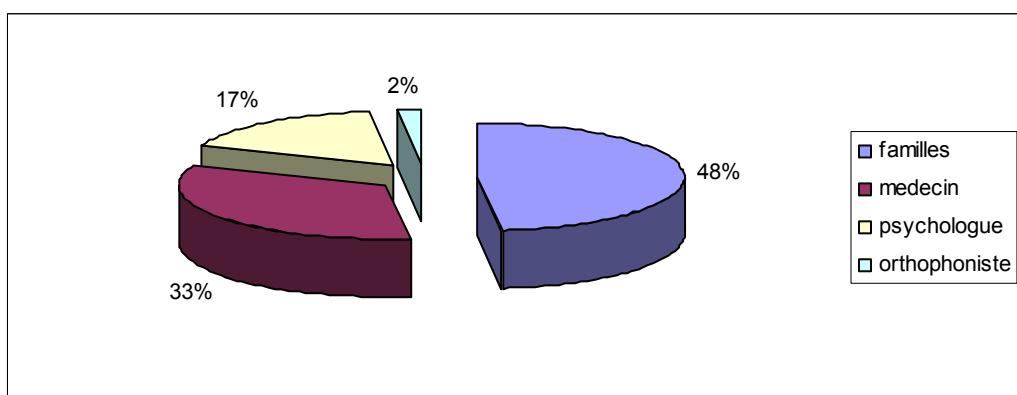


Figure 7: L'origine de la demande de soins

8- Les antécédents personnels & familiaux :

8-1 Personnels:

46 enfants avaient eu des antécédents médicaux personnels (46%).

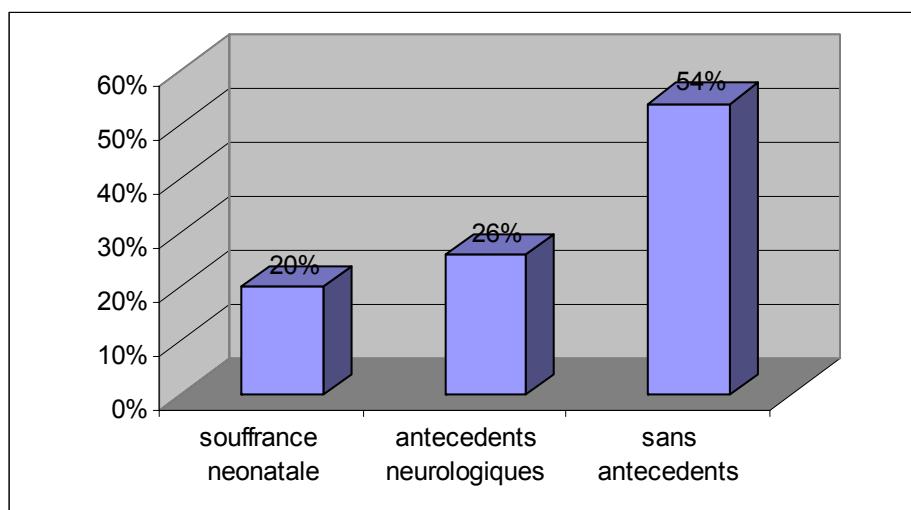


Figure 8 : Les antécédents personnels

- ❖ La notion de souffrance néonatale était rapportée par les parents ou les proches dans 20% des cas.
 - ❖ 26 % des cas avaient présentés des antécédents neurologiques :
 - 11 enfants étaient suivis pour épilepsie (11%)
 - 6 enfants ont eu à la petite enfance une convulsion fébrile (6%)
-

- 3 enfants ont eu un traumatisme crânien (3%)
- 3 enfants présentaient des troubles neurosensoriels (surdité de perception et diminution de l'acuité visuelle) soit 3% des cas
- 2 enfants ont eu un antécédent de méningite (2%)
- 1 cas de phacomatose (VRG) soit dans 1% des cas.

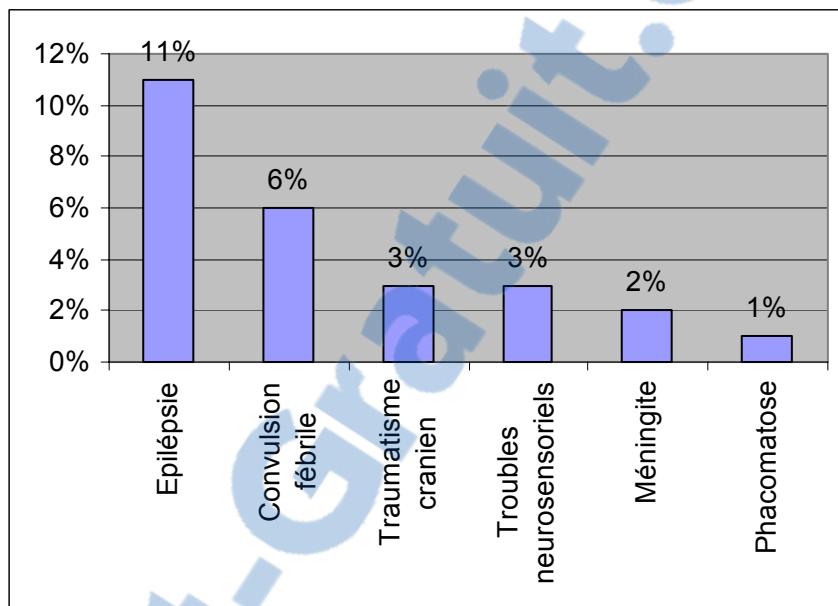


Figure 9 : Les antécédents neurologiques

8-2 Familiaux :

- ❖ L'anamnèse a objectivé la notion d'échec scolaire dans la fratrie de trois enfants.
- ❖ La mère d'un enfant avait été suivie pour un état dépressif majeur au cours de la grossesse.
- ❖ Le père d'un enfant avait été suivi et traité pour un état dépressif majeur.
- ❖ Dans un seul cas a été rapporté le décès du père à la période de la petite enfance.

Voici un tableau récapitulatif des caractéristiques des écoliers de notre série :

Tableau I: Caractéristiques des patients

Caractéristiques des patients		Nombre	Pourcentage
ÂGE	6-8 ans	29	29%
	8-10 ans	51	51%
	10-12 ans	20	20%
Sexe	Masculin	68	68%
	Féminin	32	32%
Origine géographique	Urbaine	96	96%
	Rurale	4	4%
Niveau socioéconomique	Moyen	90	90%
	Bas	10	10%
Niveau d'instruction de la mère	Pas de scolarisation	30	30%
	Enseignement primaire	53	53%
Niveau d'instruction du père	Enseignement primaire	16	16%
	Enseignement supérieur ou secondaire	65	65%
Statut matrimonial des parents	Mariés	90	90%
	Divorcés	8	8%
	Enfants adoptés	2	2%
Motifs de La consultation	Difficultés scolaires	61	61%
	Troubles de comportement	25	25%
	Autres	14	14%
Origine de la Demande de soin	Famille	48	48%
	Médecin	33	33%
	Psychologue	17	17%
	Orthophoniste	2	2%
Antécédents personnels	Neurologiques	26	26%
	Souffrance néonatale	20	20%
Antécédents familiaux	Dépression chez la mère	1	1%
	Dépression chez le père	1	1%
	Décès d'un parent	1	1%
	Echec scolaire chez la fratrie	3	3%

II- Les particularités du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant :

1 -Le déroulement de la grossesse et l'accouchement :

1-1 Pendant la grossesse :

- 90% des grossesses ont été suivies régulièrement.
- 91% des grossesses ont été menées à terme.
- Par ailleurs, nous avons noté un cas d'accouchement prématuré (à 35 SA) et un cas de dépassement de terme (à 42 SA).
- Cette donnée n'est pas précisée pour 7% des enfants, il s'agissait soit d'enfant adopté soit d'enfant amené à la consultation par un proche et non par un parent.
- 4 cas de pathologies diagnostiquées et prises en charge au cours de la grossesse (4%) : un cas de rupture prématurée de membrane, deux cas de menace d'accouchement prématuré et un cas d'infection maternofoetale (syphilis).

1-2 Pour l'accouchement nous avons noté que:

- 79 accouchements se sont déroulés dans une structure hospitalière, par voie basse et sans intervention instrumentale (79%).
- 10 accouchements par césarienne (10%).
- alors que notre étude a révélé seulement 4 accouchements à domicile (4%).
- Cette donnée n'est pas précisée pour 7% des enfants.

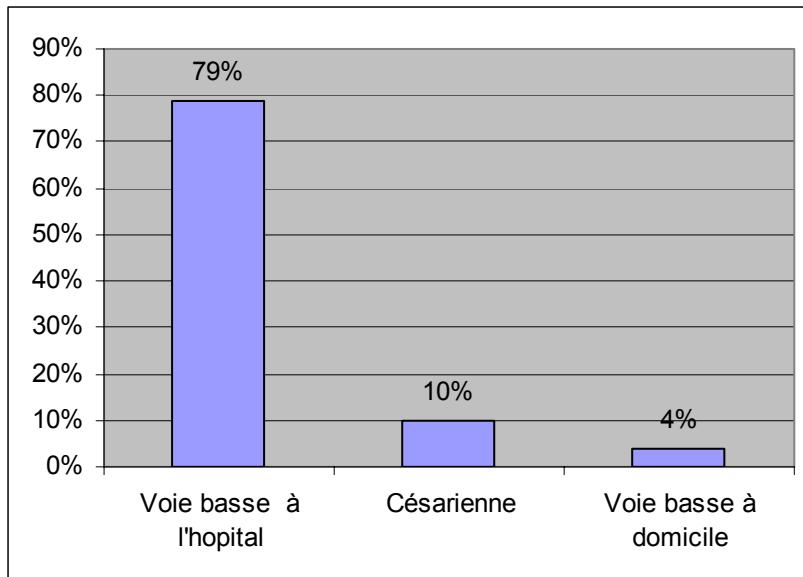


Figure 10 : Les modalités de l'accouchement

2 –Le développement psychomoteur de l'enfant :

Dans notre série nous avons repéré 40 cas de retard de langage (40%), 23 cas de retard de marche (23%) et 9 cas de retard d'acquisition de la propreté (9%) par rapport à la fourchette d'âge normale.

III- Les données scolaires :

Dans notre étude, avant l'école élémentaire 85 écoliers fréquentaient des établissements privés (crèches, garderies, petite, moyenne et grande section). Alors que 13 enfants fréquentaient des écoles coraniques (13%). Cette donnée n'est pas précisée pour 2 enfants. A l'école élémentaire, nous avons constaté un inversement de la situation : En effet 95 enfants fréquentaient des écoles publiques (95%) et 5 enfants fréquentaient des écoles privées (5%). Parmi notre échantillon nous avons noté 33 cas de redoublement (33%) et 5 enfants en situation d'exclusion scolaire (5%).

IV- L'évaluation para clinique de l'enfant en situation d'échec scolaire:

- Un bilan orthophonique a été demandé chez 13 enfants soit 13% et qui a montré chez 8 enfants des troubles de langage (8%) avec 6 cas de troubles de lecture et d'orthographie (6%).
- Une évaluation cognitive et un QI ont été demandés chez 5 enfants (5%) et qui ont montré un QI inférieur par rapport à la tranche d'âge chez 2 enfants (2%) et supérieur par rapport à celle-ci dans un cas (1%).
- Un avis médical spécialisé (neurologique -ORL- ophtalmologique) a été demandé dans 6 cas (6%).

V- Les orientations étiologiques :

À travers nos résultats nous avons pu individualiser pour cette série d'enfants quatre grandes étiologies d'échec scolaire dont la fréquence est variable :

- Les causes organiques retrouvaient chez 4 enfants (4%).
- La déficience intellectuelle retrouvait chez 17 enfants (17%).
- Les causes psychoaffectives représentaient 48 cas (48%).
- Les causes instrumentales représentaient 31cas (31%).

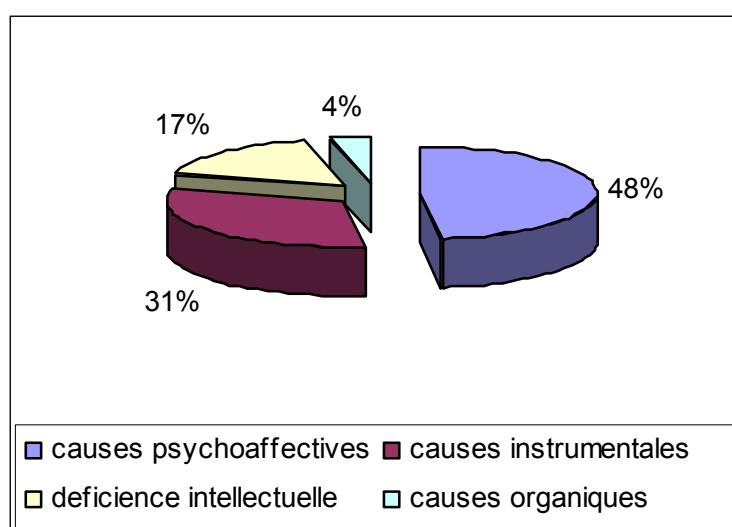


Figure 11: Les principales causes de l'échec scolaire dans notre série

1- Les causes organiques :

Une étiologie organique a été retenue comme principale cause de l'échec chez 4 enfants (04%) : 3 cas d'épilepsie et un cas de surdité de perception non diagnostiquée.

Tableau II : Les causes organiques

Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Épilepsie	3	3%
Surdité de perception	1	1%
TOTAL	4	4%

2 -La déficience intellectuelle :

Elle a été retrouvée chez 17 enfants et révélée dans 4 cas par une instabilité psychomotrice.

Pour ces enfants, nous avons repéré des histoires cliniques très chargées d'événements périnataux et postnataux : 4 grossesses non suivies, 4 accouchements à domicile et 10 cas de souffrance néonatale. Dans les antécédents nous avons noté : 4 cas d'encéphalopathies convulsives fébriles au bas âge, 2 cas d'épilepsie absence, avec comme antécédents familiaux une phacomatose (VRG) et un cas de consanguinité premier degré.

3- Les causes psycho affectives :

Elles constituent la cause principale de l'échec scolaire dans notre série :

- **Le trouble anxieux caractérisé** a été retrouvé chez 15 enfants (15%) regroupant : anxiété de séparation chez 6% des écoliers, anxiété de performance chez 3% des enfants, phobie scolaire chez 3% et trouble obsessif compulsif également chez 3% des écoliers.
-

- **L'état dépressif majeur** a été retrouvé chez 14 enfants (14%). La dépression survenait volontiers au cours d'un événement ayant une valeur de perte ou de deuil (divorce parental, abandon par la mère après la naissance, décès d'un parent) mais aussi d'un événement qui peut apparaître plus anodin comme un changement d'établissement, un conflit à l'école, la naissance d'un enfant, une dépression chez un père au moment de la consultation. Chez ce groupe d'enfants, d'autres troubles s'ajoutaient au tableau clinique : troubles de relation (anxiété & instabilité) dans 28,5% des cas, et des troubles névrotiques à type d'énurésie dans 35,7 % des cas et d'encoprésie dans 7% des cas.
- **Les troubles affectifs liés à l'environnement** ont été présents chez 14 enfants (14%). Dans l'histoire familiale de cette catégorie d'enfants, nous avons repéré des épisodes anxiogènes : grossesse non désirée dans 6,8% des cas, une séparation des parents dans 10,3%, un déménagement dans 3,5% des cas et 2 cas d'enfants adoptés.
- **Le trouble envahissant du développement** a été retenu chez 2 enfants (2%).
- **Les troubles somatoformes** chez 2 enfants (2%).
- Et un cas **de fonctionnement psychopathique de la personnalité** (1%).

Tableau III : Les causes psychoaffectionnées

Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Dépression	14	14%
Troubles liés à l'environnement	14	14%
Anxiété de séparation	6	6%
Phobie scolaire	3	3%
Anxiété de performance	3	3%
TOC	3	2%
Troubles somatoformes	2	2%
Trouble envahissant du développement	2	2%
Trouble de personnalité	1	1%
TOTAL	48	48%

4- Les causes instrumentales:

Les troubles spécifiques d'apprentissage étaient diagnostiqués chez 31 écoliers soit 31%, dominés par la population d'enfants « DYS » : la dyslexie a été retrouvée à un pourcentage de 10%, la dysphasie chez 7% des enfants, alors que la dyspraxie représentait 6% des cas. Dans ce groupe le THADA était repéré chez 8% des enfants. L'âge moyen de consultation pour ces enfants était de 8,1 ans.

Tableau IV : Les causes instrumentales

Diagnostic		Nombre	Pourcentage
Enfant DYS	Dyslexie	10	10%
	Dysphasie	7	7%
	Dyspraxie	6	6%
THADA		8	8%
TOTAL		31	31%

VI- L'évolution des patients :

- Respect du cadre thérapeutique dans 80% des cas : Observance médicamenteuse et inscription de manière assidue aux mesures ré éducationnelles (orthophonie et psychomotricité).
- Et dans 75% des cas, nous avons noté une amélioration du rendement scolaire après prise en charge selon les témoignages des parents et des enseignants (courrier, notes, bulletins...).



DISCUSSION

Avant d'entamer une discussion des résultats de notre étude, nous allons donner un bref aperçu sur l'histoire de l'école marocaine.

I- L'histoire de l'école marocaine :

L'histoire du Maroc montre que l'enseignement a toujours été une préoccupation prioritaire, une source de réflexion sans cesse renouvelée et un choix de société constamment affirmé [1,2].

1- À la veille du protectorat

150.000 élèves fréquentent les écoles coraniques et 2500 parmi eux les « medersas ».

L'école coranique, petite école primaire, offrait aux jeunes enfants dès l'âge de 5 ans une formation fondée sur la mémorisation des « sourates du coran ».

A l'âge de 12-13 ans, les élèves les plus doués pourraient accéder au second stade de l'enseignement dans la mosquée ou dans la zaouïa. Les principes pédagogiques sont dominés par l'apprentissage sous forme du « par cœur ».

2- À partir de 1912

Le protectorat recense les institutions existantes, compare leurs capacités d'accueil et de formation avec les objectifs qu'il s'est fixé en matière d'enseignement. Le but annoncé est de généraliser l'accès à l'enseignement et de l'élargir à un pourcentage plus important de la population.

3- Après l'indépendance

Le Maroc a eu à accomplir des efforts considérables en matière de scolarisation dans les années suivant son accession à l'indépendance. Ainsi, le nombre d'élèves solarisés a été multiplié par 10 en l'espace de 40ans.

4- Au cours de ces dernières décennies

Bien que le secteur d'enseignement constitue la deuxième priorité nationale après l'intégrité territoriale, le système éducatif reste souvent dans une impasse [2,3]. En effet :

* 1/3 de la population est analphabète, dont plus de 50% sont des femmes et 32,7% sont des jeunes de 15 à 24 ans.

*400.000 élèves ont été déscolarisés au cours de l'année scolaire 2005–2006.

Aujourd'hui, une réforme est en marche gérant le plus gros de l'appareil éducatif à savoir les trois premiers cycles (primaire, collège et lycée).

Les objectifs de cette réforme se résument en trois principaux :

Le premier : porte sur la généralisation de l'enseignement et l'amélioration de sa qualité et de ses performances pour combler les retards en matière d'alphanétisation et de scolarisation de base.

Le deuxième : une intégration interne d'abord pour donner plus de cohérence et de souplesse au déroulement des cursus secondaires et universitaires et ensuite pour assurer une gestion optimale des ressources humaines et matérielles du secteur.

Le troisième : la modernisation des procédures et des méthodes de gestion et du pilotage du système.

Les résultats obtenus sont:

- ❖ **La généralisation du préscolaire** (4–5 ans) et de l'enseignement de base (6–15 ans). La charte a fixé les échéances : 2004 pour le préscolaire, 2005 pour que 90% des élèves inscrits en 1^{ère} année lors du démarrage de la réforme terminent le
-

cycle primaire, 2008 pour que 80% d'entre eux parviennent en fin de collège et 2011 pour que 60% achèvent le cycle secondaire et 40% obtiennent le baccalauréat.

- ❖ **La scolarité dans les zones défavorisées** notamment dans le milieu rural et périurbain. Ainsi, le taux de scolarisation avoisine aujourd'hui les 88% contre 69,5% seulement à la veille de la réforme. Mais les filles restent généralement privées (moins d'une fille sur cinq y est inscrite).
- ❖ **La réduction de l'analphabétisme et de son ampleur** en passant de 50% à 20% au terme de la décennie.

Notre pays est aujourd'hui conscient du rôle vital de l'éducation et de la formation dans la réalisation d'un développement socioéconomique intégré, durable et équilibré.

II- Discussion des résultats de notre étude :

1- Le profil épidémiologique des enfants en échec scolaire :

L'échec scolaire est un symptôme fréquent [4,5,6], il touche environ 16% à 24% des élèves européens selon l'étude de « European Association Of Special Education »[7]. En France et depuis 1989, la majorité des élèves bénéficient d'évaluation en lecture et en calcul à l'entrée en cours élémentaire, ce qui permet de constater qu'une proportion constante de 5-8% d'élèves est en grande difficulté scolaire [7].

Au Maroc, la situation reste difficile : Selon la Banque mondiale dans son dernier rapport sur la réforme de l'éducation dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord [2]. Le royaume y est classé 11 sur 14 (devant Djibouti, le Yémen et l'Irak) en termes d'accès à l'éducation, d'efficacité, de qualité de l'enseignement, et d'équité. Pour le Conseil supérieur de l'enseignement du Maroc, le bilan de la réforme lancée en 2000 est mitigé : le système éducatif

est loin des objectifs de la réforme. Les taux de redoublement et d'abandon sont importants: sur une même classe d'âge, 70% des élèves terminent effectivement leur cycle primaire, dont 37% sans redoublement, et seuls 13% parviennent à obtenir leur baccalauréat [1] soit presque 90% d'enfants n'accèdent pas au bac.

Qu'en est-il donc du profil des enfants en situation d'échec dans notre étude ?

1-1 Les caractéristiques sociodémographiques:

L'âge moyen de la consultation initiale pour nos écoliers était de 8,9 ans, cet âge est proche de celui retrouvé dans plusieurs travaux de thèses rapportés en Tunisie sur l'échec scolaire [8,9,10] comme le montre le tableau suivant :

Tableau V: Âge moyen de la consultation

Etude	Population	Âge moyen de consultation
LACHTAR. Tunisie. 1987	100 cas	8,91 ans
CHENGUITI .Tunisie .1999	394 cas	Entre 11 ans- 13 ans
DAKHLIA.Tunisie.2000	188 cas	9,84 ans
Notre étude	100 cas	8,9 ans

Ceci témoigne d'une absence ou d'un retard au niveau du dépistage par :

- L'insuffisance voire l'absence des structures de médecine scolaire et la carence dans la sensibilisation des médecins de première ligne à de tels troubles.
- L'absence de structures d'hygiène mentale de l'enfant d'âge préscolaire et scolaire
- Le rôle limité des écoles maternelles comme étant une occasion de dépistage de certains troubles. Ceci se conçoit à partir de nos résultats puisque d'une part, 13% de nos écoliers fréquentaient des écoles coraniques où le rendement du système éducatif reste limité par le nombre important d'élèves en classe et par l'absence de diversité de matières enseignées. D'autre part, certains enfants étaient privés du passage en maternelle qui est généralement une expérience stimulante et une occasion de prise en charge précoce des troubles susceptibles d'entraver une scolarité ultérieure [13].

- Notre système scolaire, par son laxisme, favorise la progression d'un enfant qui aurait dû être parfois dès la première année primaire réorienté ou autorisé à redoubler.

Dans notre série, nous avons rapporté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,1. Cette prédominance est retrouvée également dans la littérature [8,10].

Tableau VI: Sexe de l'enfant

Etude	Sexe masculin	Sexe féminin
LACHTAR. Tunisie. 1987	62%	38%
DAKHLIA.Tunisie.2000	56%	44%
Notre étude	68%	32%

Elle peut être liée à notre contexte socioculturel où l'on se soucie plus de l'avenir scolaire et professionnel du garçon au détriment de la fille. Ce constat peut s'interpréter de deux manières différentes : Est ce que cette prédominance reflète que les garçons ont plus d'accès à la scolarisation dans notre pays ? ou encore ce sont les garçons qui sont plus sujets à présenter à un moment donné de leur cursus des difficultés scolaires ?

L'accès à l'école des enfants de 6 ans durant l'année scolaire 2003-2004 en milieu urbain a atteint un effectif de 272.038 enfants dont 50,9% sont des garçons (soit près de 138.330) alors que les filles représentaient presque le même pourcentage :49,1% [1].

Cela signifie que cette prédominance masculine notée ne peut s'expliquer par le biais d'accès à la scolarisation. En effet les travaux de thèse rapportés en Tunisie [8,10] note ce même constat qu'on reliait surtout à la docilité plus grande des filles, leur habileté et leurs réactions verbales en opposition avec les réactions motrices des garçons, leur force musculaire, et leur turbulence. Aussi à la différence du rythme de croissance, la pression culturelle élevée qui interagit avec une fragilité psycho biologique, et pratiquement, tous les symptômes sont, pendant l'enfance, plus fréquents chez les garçons que chez les filles [8,11,12,13].

L'origine de la plupart de nos écoliers était urbaine vu que la consultation spécialisée se situe à Marrakech et donc elle est plus accessible à la population citadine que rurale.

Nous avons remarqué aussi que les écoliers en situation d'échec sont issus de niveau socio économique moyen et bas. Ce modèle sociologique est décrit par de nombreux auteurs [4,8,14,15]. Ceci a été bien souligné par l'étude Soualem portant sur 197 écoliers faite par le département de biologie humaine et santé des populations à Université Ibn Tofail à Kenitra en 2005, par un questionnaire portant sur trois items principaux : le niveau d'instruction des parents, le revenu des ménages et le rendement scolaire de l'enfant. Cette étude a fait apparaître que le degré de réussite scolaire de l'enfant est influencé par le niveau d'instruction de la mère et par celui du père ainsi que par le revenu de la famille, ces deux derniers étant souvent associés [15].

L'analphabétisme des parents est désormais un facteur à souligner par notre travail. Nous avons noté qu'une mère sur trois n'avait pas été scolarisée et que dans 53% des cas l'instruction était limitée au niveau primaire aussi 16% de pères avaient un niveau d'instruction limité au secondaire. En outre, ce qui nous paraît plus pertinent dans la genèse de l'échec scolaire chez nos consultants n'est pas seulement le niveau d'instruction des parents mais plutôt la nature de stimulation de l'enfant par la famille [13,16]. Ceci est d'autant plus vrai quand les parents traversent une situation difficile (une séparation, un divorce une maladie ou un décès d'un des parents) ou ont même des difficultés psychologiques. Les troubles mentaux et perturbations psychologiques parentales ont été présents chez deux malades à type de dépression :

- Dans le premier cas, la dépression a été rapportée chez la mère au cours de la grossesse,
- Dans le deuxième cas, le père présentait un épisode dépressif suivi et traité au moment de la consultation de son enfant

Un contexte socio familial particulier était souligné chez un certain nombre de nos malades : Divorce des parents (8cas), enfants adoptés (2 cas) et décès du père (1 cas).

En effet la relation directe entre l'environnement de l'enfant et la réussite scolaire ne peut plus être mise en doute. Lorsque le milieu familial est remis en cause ceci risque de se solder rapidement par un échec scolaire paradoxal. La genèse de l'échec scolaire peut être mise sur le

compte de la rupture de l'équilibre psychoaffectif indispensable pour une bonne scolarité [13,16,17].

1-2 Les circonstances de rencontre:

Les difficultés scolaires constituent indéniablement le premier motif de consultation, à des pourcentages égaux à ceux rapportés dans la littérature [8,9,10] (Tabl.VII). En France, le retard scolaire motive 20 à 30% du total des consultations en pédopsychiatrie [7]. Le deuxième motif est représenté par les troubles de comportement.

L'échec scolaire s'exprimait également sous la forme de signes variés notamment par des plaintes somatiques (céphalées, polypnée, perte de connaissance) motivant des consultations spécialisées préalables avant d'être adresser en pédopsychiatrie (33% des enfants ont été adressés par d'autres praticiens).

Tableau VII: Motif de la consultation

Étude	LACHTAR Tunisie .1987		CHENGUITI Tunisie .1999	DAKHLIA Tunisie.2000	Notre étude	
Difficultés scolaires	33%		48,61%	Plus de 50%	61%	
Autres motifs	Troubles de comportement	17%	51,39%	-----	Troubles de comportement	25%
	Crises comitiales	27%			Autres	14%

Pour nos écoliers, la famille constitue la principale source de demande de soins. En outre l'échec scolaire demeure un souci constant des parents et une source de malentendus voire de conflits opposant enseignants et parents. En effet, dans une proportion importante les enseignants intervenaient pour attirer l'attention sur le comportement de l'enfant ou sur son faible rendement scolaire sans s'impliquer dans l'orientation vers les structures médicales par manque de formation et d'information d'une large partie d'entre eux aussi bien sur l'ampleur de ce problème que sur ses origines médicopsychologiques.

Les autres demandes venaient essentiellement des autres intervenants auprès de l'enfant.

2- Les causes de l'échec scolaire :

L'échec scolaire a reçu au cours de l'histoire plusieurs interprétations, tantôt morales (paresse), tantôt médicales (déficiences intellectuelles ou instrumentales), tantôt psychologiques (désir ou refus d'apprendre), et actuellement sociales (la réussite dépendrait de la convergence entre les valeurs culturelles transmises par la famille et celles attendues par l'école).

Lorsque le symptôme se construit : consultations, tests, rééducations diverses ; l'enfant devient prisonnier d'une certaine image. Il est celui qu'il faut soit protéger et rééduquer, soit secouer et punir.

C'est dans ce contexte que l'approche étiologique d'un enfant en échec scolaire doit nécessairement et systématiquement passer par la prise en compte d'éléments à la fois neurobiologiques, psychologiques mais aussi éducatifs et pédagogiques.

➤ les enjeux psycho développementaux de 6 à 12 ans [16] :

C'est par la reconnaissance des étapes de développement de l'enfant et des processus d'apprentissage qu'on accède à une vision globale du problème de l'échec scolaire. L'école élémentaire comme son nom l'indique doit permettre aux enfants d'acquérir les éléments nécessaires à la connaissance : lire, écrire et compter

Au plan psycho dynamique, l'enfant traverse entre 6 et 12 ans la « période de latence » : il renonce pour un temps à la rivalité et à la séduction des adultes pour s'organiser autour des processus d'identification. Période particulièrement importante au plan du renforcement et de l'épanouissement du Moi et de la construction du « plaisir de pensée ». L'investissement de ce dernier, constituera une trace particulièrement importante à l'adolescence.

A l'école élémentaire, le développement cognitif de l'enfant peut être divisé en deux périodes :

Celle qui va du début de l'apprentissage jusqu'à 9 ans environ (du cours préparatoire à la fin du 2ème cours élémentaire) et celle qui termine la scolarité primaire (de la 4ème à la 5ème année). La première période est marquée par l'acquisition de la base des connaissances (lecture,

écriture, calcul) dont l'enfant pourra au cours de la deuxième période faire usage pour construire ses raisonnements et accroître sa compréhension des règles, accédant ainsi à la généralisation.

L'environnement joue aussi un rôle important car l'autonomisation est au cœur de l'investissement de ces processus. Ainsi toute entrave dans ce début de ces processus risque de se solder par des difficultés au niveau des apprentissages [16].

➤ les orientations étiologiques de l'échec scolaire :

Sur notre échantillon de 100 écoliers en âge de scolarisation obligatoire, les quatre principales étiologies qui sous tendent l'échec scolaires sont :

- ❖ Les causes organiques (4%)
- ❖ La déficience intellectuelle (17%)
- ❖ Les causes psycho affectives (48%)
- ❖ Les causes instrumentales (31%)

La revue de la littérature est en position comparable à nos résultats : les travaux européens rapportent les causes instrumentales en première position[7,18] alors que certains travaux tunisiens[8,9] parlent plutôt de déficience intellectuelle alors que les autres désordres sont retrouvés à des pourcentages moins élevés (Tabl.VIII).

Tableau VIII : Comparaison des causes de l'échec scolaire dans les différentes séries d'étude

Etude	Troubles psychoaffectifs	Troubles instrumentaux	Déficience intellectuelle	Causes Organiques
Lachtar.1987. Tunisie 100 cas	13%	26%	33%	8%
Chenguiti .1999. Tunisie. 394cas	41,79%	18,69%	28,72%	7,7%
Dakhlia.2000. Tunisie 188cas	20%	10%	---	34%
Notre étude. Maroc 100 cas	48%	31%	17%	4%

2-1 Les causes organiques :

Ce sont celles dont la connaissance relève du domaine de la pathologie. Il faut savoir limiter exactement leur importance et ne pas vouloir tout y ramener malgré les désirs de la famille qui espère une solution de simplicité par le médicament .Toute fois, la recherche des défaillances organiques ; cause de retard scolaire ; est le but que se propose initialement tout examen médical. Ils peuvent même devenir de vrais obstacles à une scolarité normale lorsqu'ils sont prononcés soit par la genèse soit par l'aggravation de la situation scolaire de l'enfant.

L'épilepsie aux crises trop fréquentes [18,19] et les déficits sensoriels étant les plus fréquents ; viennent après :

Les cardiopathies congénitales

Les encéphalopathies néonatales ou de la première enfance

L'infirmité motrice cérébrale

Le diabète sévère

La tuberculose pulmonaire ou osseuse évolutive

Les études tunisiennes rapportent l'épilepsie comme premier facteur organique de l'échec scolaire [8,10]. Les autres causes sont représentées par : les troubles sensoriels, à type de myopie forte, et de surdité, l'IMC et la trisomie 21.

Dans notre série ces causes représentaient 4% du total des consultants et elles sont dominées par l'épilepsie (dans 75% il s'agissait d'absence et dans 25% d'épilepsie généralisée) et un cas de surdité de perception.

2-2 Troubles de l'efficience intellectuelle :

a- La déficience intellectuelle :

Au début du siècle, certains psychologues, à la demande de l'éducation nationale, se sont intéressés à la mesure de l'intelligence (Binet & Simon). Il s'agissait alors de repérer scientifiquement les enfants paraissant inaptes à l'enseignement primaire normal grâce à une

échelle métrique de l'intelligence et des tests verbaux et de performance. C'est à partir de cette date que naît le terme d'enfants déficients.

La déficience intellectuelle recouvre les anciennes notions d'arriération et de débilité mentale. La définition associe trois caractères communs aux classifications internationales :

- Fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne à un test standardisé d'intelligence.
- Altérations ou déficits importants du fonctionnement adaptif
- Dont le début est avant 18 ans.

Sur le plan étiopathogénique, plusieurs causes semblent être incriminées [20,21,22] :

a-1 Causes anténatales :

C'est un large volet étiologique concernant les encéphalopathies par atteinte héréditaire d'un système enzymatique, les encéphalopathies endocrinianes, les phacomatoses, les anomalies de fermeture du tube neural, les aberrations chromosomiques, embryofoetopathies infectieuses, médicamenteuses, toxiques ou liées à la grande prématurité.

a-2 Causes périnatales :

Complications anoxiques obstétricales, ictère nucléaire par incompatibilité foetomaternelle.

a-3 Causes post natales :

Infectieuse, métabolique, maltraitance, traumatisme, encéphalopathies convulsivantes.

Toutefois le diagnostic de déficience n'est pas un diagnostic d'élimination, il faut l'établir sur des bases certaines. Généralement il faut y penser à chaque fois que l'enfant présente un retard dans le rythme des acquisitions et réaliser des tests psychométriques, dont on distingue :

- Tests préverbaux de développement psychomoteur :
 - Test de Burnet lezine entre 3-6 ans et demi.
-

- Test de Terman Merill de 2ans à l'âge adulte.
- Test verbaux et de performance :
 - WPPSI-R : 3-6ans et demi
 - WISCIII : 5-16ans
 - WAIS : pour plus de 16ans
- D'autres tests : KABC...
- Le QI est le rapport entre l'âge mental et l'âge réel (Tabl. IX)

Tableau IX : L'interprétation du QI

Retard mental (RM) léger QI 50-70%	RM moyen QI 35-50%	RM grave QI 20-35%	RM profond QI moins de 20%
85% des RM	10% des RM	3-4% des RM	1-2% des RM
Acquisitions scolaires possibles	Niveau intellectuel ne dépasse pas le CP	Acquisition incomplète	Pas de langage avec troubles moteurs graves

Une déficience mentale moyenne entrave obligatoirement la progression scolaire, en revanche la débilité légère ou limite n'apparaît pas comme la cause principale de l'échec scolaire.

La prévalence de ce trouble est autour de 1-1.5% quelque soit l'âge, avec une prédominance masculine à un sex. Ratio de 1,5 [20]. Nos résultats présentent presque la moitié de ceux rapportés pour les écoliers tunisiens [8,9] (Tabl.VIII). L'âge de consultation dans notre contexte reste aussi avancé même si 35% de ces écoliers présentaient des difficultés d'intégration depuis la maternelle. En revanche, lorsque le déficit intellectuel n'est pas majeur il ne marque pas un grand décalage dans les acquisitions : langage, motricité, relation aux autres ce qui peut retarder la demande de soins.

Dans notre étude, nous avons repéré des histoires cliniques très chargées d'événements périnataux et postnataux : 4 grossesses non suivies, 4 accouchements à domicile et 10 cas de souffrance néonatale. Dans les antécédents on a noté : 4 cas d'encéphalopathies convulsivantes fébriles au bas âge, 2 cas d'épilepsie absence, avec comme antécédents familiaux une

phacomatose (VRG) & un cas de consanguinité premier degré. Ce contexte périnatal chargé est rapporté aussi dans la littérature [8,9].

Ceci trace déjà des traits particuliers à cette population, qui auront sans doute un puissant impact sur la conduite préventive et curative ultérieure [23].

Le diagnostic de déficience intellectuelle reste sous estimé dans notre série vu le manque, dans notre contexte, de structures et d'outils nécessaires pour le diagnostic certain (neuropsychologues, batteries et tests).

La prise en charge des enfants déficients fait appel souvent à une orientation dans des établissements spécialisés et quand nécessaire une rééducation psychomotrice et /ou orthophonique est proposée.

b- La précocité intellectuelle de l'enfant :

Une étiologie qui ne figure pas dans notre série, mais nous allons la citer du fait qu'elle est un sujet d'actualité préoccupant.

Les enfants surdoués sont l'objet d'un intérêt grandissant. Alors qu'ils sont destinés à faire partie des élites intellectuelles, un tiers d'entre eux se retrouvent en grandes difficultés scolaires ou en échec si on ne leur vient pas en aide. Le diagnostic ne peut être établi avec certitude sans la passation de tests d'intelligence [24,25,26].

Le diagnostic de précocité repose moins sur la présence de signes, d'allure bien banale lorsqu'ils sont présents isolément, que sur leur co-existence et leur chronologie d'apparition, qu'une anamnèse bien conduite permet de reconstituer aisément [25,26]. On peut les classer en quatre catégories [24,27] :

- Les particularités du développement : Elles vont être rapidement évidentes dans le milieu familial devant la précocité de certaines acquisitions.
- Les troubles du comportement : Secondaires à la « dys synchronie », qui affecte l'enfant dans ses relations aux autres mais aussi dans son fonctionnement interne, ils méritent d'être rapidement identifiés comme l'expression d'une

avance intellectuelle, ce qui évite de les relier à un trouble de la personnalité ou encore d'incriminer des fautes éducatives.

- Les troubles de la régulation émotionnelle : Ils sont retrouvés chez la plupart des enfants précoces, et peuvent être les premiers révélateurs d'une avance intellectuelle jusque là méconnue. On distingue l'anxiété et les troubles de l'humeur.
- Les spécificités des apprentissages.

Le repérage de la précocité est utile à tout instant du développement. Très tôt, il permet d'anticiper la survenue de troubles du comportement. Plus tard, la révélation de la précocité apporte une explication rationnelle aux troubles d'adaptation rencontrés par les enfants intellectuellement précoces en maternelle. Enfin, dès les classes primaires, l'identification des profils spécifiques de ces enfants permet aux enseignants et aux familles de s'adapter à leurs particularités affectives et cognitives.

2-3 Les causes psychoaffectives :

Dans notre série, les causes psychoaffectives semblent être la principale étiologie repérée. Elles sont dominées par les troubles anxieux (15%).

a- les troubles anxieux caractérisés:

Les peurs, les inquiétudes et les phobies sont extrêmement fréquentes chez l'enfant se développant normalement mais la majorité d'entre elles n'interfèrent pas significativement avec le fonctionnement de ce dernier et disparaissent avec la maturation. Cependant, certains enfants éprouvent des troubles anxieux constitués de symptômes qui sont très intenses et retentissent sur leur adaptation et/ou qui persistent anormalement longtemps et bien après l'âge auquel ces symptômes disparaissent dans le développement normal [16,28].

Avant et dans les classifications anciennes, la notion de troubles émotionnels (ou celle de troubles névrotiques) incluait toutes les formes d'anxiété et de perturbations affectives

considérées comme une seule catégorie. Actuellement, les troubles anxieux sont séparés des troubles affectifs ou de l'humeur et sont étudiés séparément.

La prévalence des troubles anxieux est difficile à estimer avec précision. Pour les enfants d'âge scolaire, l'anxiété de séparation, le trouble anxiété généralisée et les phobies sociales sont responsables d'une morbidité non négligeable [16,17].

Si l'on combine ensemble tous les troubles anxieux, une prévalence globale de 5 % peut être retenue entre les âges de 5 et 18 ans [29].

Nous rapportons dans notre série :

a-1 L'anxiété de séparation dans 6% des cas.

Il convient tout d'abord de distinguer l'angoisse de séparation normale liée à la crainte de la première séparation de l'anxiété de séparation pathologique.

Une durée du symptôme ne dépassant pas quatre semaines, l'acceptation de participer aux activités proposées en classe, la possibilité d'accepter la sollicitation des pairs sont autant de symptômes en faveur d'un processus d'adaptation.

A contrario, la survenue des signes définis par les classifications internationales marque l'existence d'une anxiété pathologique :Détresse lors de la séparation,des ruminations et préoccupations morbides (l'enfant craint qu'il n'arrive un accident à ses parents ,il a une peur exagérée des voleurs ou des ravisseurs d'enfants) ou encore la nostalgie du chez-soi et le désir intense de réunion familiale (les enfants se montrent tristes,apathiques et ne peuvent se concentrer sur une activité, travail ou jeu).

La plupart des études ne prennent en compte cette symptomatologie qu'à partir de 7-8ans [16,28], de telles manifestations peuvent encore être considérées comme développementales jusqu'à cet âge. Son taux de prévalence est estimé aux alentours de 4 % chez les enfants et les jeunes adolescents [28].

Repérer précocement une anxiété de séparation chez un jeune enfant permet de la traiter avant que ne s'installent des complications au plan de l'intégration scolaire et sociale.

a-2 L'anxiété de performance

Constituait le deuxième volet de la symptomatologie anxieuse avec un pourcentage de 3%. Il s'agit là encore d'une pathologie anxieuse déclenchée par des exigences de performances essentiellement scolaires qui menacent l'estime du soi.

a-3 La phobie scolaire

Elle a été retrouvée dans notre étude chez 3% des enfants. La prévalence de ce trouble est difficile à évaluer avec exactitude, elle apparaît entre 5 et 13 ans surtout à l'entrée à l'école élémentaire et au moment où l'enfant accède au collège et semble plus fréquente à l'adolescence [16,29,30,31,32]. Elle est estimée modeste mais non négligeable : 1,7% à 3 % d'enfants d'âge scolaire et environ 5% des consultations pédopsychiatriques [29].

En effet, nombre de ces enfants ne nécessitent qu'une intervention modérée, ils seront vus en consultation par des médecins généralistes ou pédiatres et la majorité des formes mineures ne requièrent aucune intervention spécialisée.

a-4 les troubles obsessifs compulsifs (TOC)

Ils étaient présents dans 3% des cas dans notre série. Les TOC sont des troubles relativement rares et qui sont plus typiques de la seconde partie de l'adolescence. Un taux de prévalence de 0,15 % paraît s'appliquer aux enfants de 8 à 12 ans. La prévalence chez les enfants plus jeunes est négligeable [29,33].

b- La dépression :

Le trouble dépressif de l'enfant pré pubère a longtemps été ignoré , la réalité clinique de cette pathologie n'a été connue que dans les années 1970. À partir de cette date, plusieurs travaux ont relevé l'existence de symptôme dépressif chez les sujets pré pubères nettement différenciés par rapport au repli autistique et à la sémiologie de la psychose infantile.

L'expression clinique chez l'enfant présente des particularités, la sémiologie peut s'analyser à partir du discours et du comportement de l'enfant et les propos de ces parents [16,34] :

b-1 À partir du discours de l'enfant :

Les mots explicites 'je m'en fous', 'je n'ai rien à faire', 'j'ai envie de rien'...qui peuvent se décoder comme: perte d'intérêt et de plaisir, dévalorisation, sentiment de désespoir, des difficultés à se concentrer, un refus de travail scolaire.

b-2 À partir du comportement de l'enfant :

L'irritabilité, l'instabilité psychomotrice, la perte d'intérêt pour les rapports sociaux avec autrui avec des moments de repli et d'isolement.

Des troubles de l'appétit et du sommeil peuvent également s'observer.

b-3 À partir du discours des parents et de l'entourage :

Rapportant un changement progressif voire une rupture avec l'état antérieur de l'enfant

Pour les outils d'évaluation :

L'évaluation quantitative chez les enfants s'est considérablement développée au cours de ces dernières années à l'étranger. En France, l'emploi de tels instruments est resté longtemps limité, du fait que la majorité de ces outils ont été développés aux Etats-Unis ou en Angleterre et que leur utilisation nécessite une validation de la traduction [16].

L'intérêt principal de ces échelles réside dans la recherche épidémiologique en population générale. Les plus reconnues sont : entretiens standardisés KIDDIE-SADS et DISC-R ; et les échelles CDI et CDRS-R.

Dans notre série, nous avons rapporté un pourcentage que 14% d'enfants en échec scolaire présentant une dépression. L'épisode dépressif survenait progressivement mais le comportement apparaissait nettement modifié par rapport à la situation antérieure.

Dans la littérature la fréquence dans la population infantile générale d'âge scolaire est faible pour la dépression majeure varie de 0,2 % à 1,1 % ou 3,4% selon que l'on retient les taux calculés d'après les entretiens avec les parents ou avec les enfants [29,35]. Elle est sensiblement inférieure à celle qu'on observe chez l'adolescent (3 à 7%). Mais celle-ci augmente si on

s'adresse à une population consultant en pédopsychiatrie : touche environ 20% des enfants qui consultent en France [16].

Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer ce résultat à travers l'analyse de l'environnement surchargé et tendu de nos écoliers et des distorsions qui risquent d'affecter leurs performances scolaires : la dépression survenait volontiers au cours d'un événement ayant une valeur de perte ou de deuil (divorce parental, abandon par la mère après la naissance, décès d'un parent) mais aussi d'un événement qui peut apparaître plus anodin comme un changement d'établissement , un conflit à l'école , la naissance d'un enfant , une dépression chez un père au moment de la consultation.

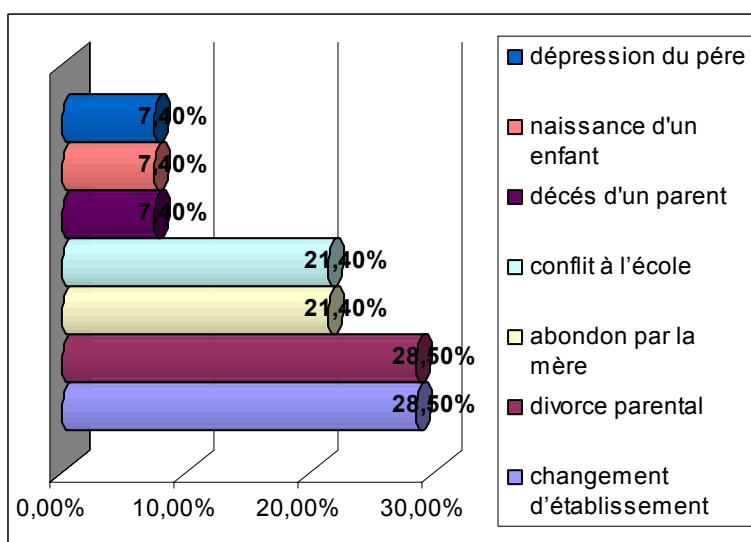


Figure 13 : Les caractéristiques de l'environnement familial des enfants présentant une dépression

Chez ce groupe d'enfants, d'autres troubles s'ajoutaient au tableau clinique : troubles de relation (anxiété & instabilité) dans 28,5% des cas, et des troubles névrotiques à type d'énurésie dans 35,7 % des cas et d'encoprésie dans 7% des cas. La comorbidité entre signes dépressifs, signes anxieux et troubles névrotiques est notée dans la littérature [16].

Ceci souligne l'importance du dépistage de ce trouble, qui sans doute implique en premier les pédiatres et les médecins généralistes en raison de leur bonne connaissance de l'histoire de l'enfant et de sa famille. Cependant leur souci d'éliminer une cause organique les

conduisent parfois à sous estimer voire nier la dépression de l'enfant ; alors que l'épisode dépressif occupe une place centrale dans la dynamique du développement de l'enfant. Plus que l'intensité de l'épisode ; c'est la possibilité qu'aura l'enfant de l'élaborer et de le surmonter qui jouera un rôle déterminant sur son devenir. Cette capacité est elle-même étroitement liée aux aides qui lui seront fournies. Le risque de ne pas être soutenu est particulièrement important pour les enfants qui manifestent leur souffrance par le silence.

c- Les troubles affectifs liés à l'environnement :

A l'intérieur de la famille, la présence de maladie organique grave d'un parent, le divorce parental, la famille nombreuse, et le défaut d'investissement de la scolarité, par les parents, sont autant de facteurs prédisposant à l'inadaptation scolaire. Toutes ces situations doivent être prises en compte, dès lors qu'elles sont retrouvées dans un contexte d'échec scolaire. Dans notre série cette catégorie représente 14% des cas.

Dans l'histoire familiale de cette catégorie d'enfants, et en comparaison à la littérature [16,36] nous avons repéré des épisodes anxiogènes : grossesse non désirée dans 6,8% des cas, une séparation des parents dans 10,3%, un déménagement dans 3,5% des cas et 2 cas d'enfants adoptés.

C'est par "rejet récurrent" de la part de l'école, que l'élève sera amené à la consultation de pédopsychiatrie: Plus le trouble est massif, plus le rejet, puis la consultation seront précoces. La consultation n'a été souvent, qu'un recours contre le renvoi de l'école.

d- Le trouble envahissant du développement :

Depuis qu'en 1943 Kanner a caractérisé comme « autistiques » les troubles du contact présentés par 11 enfants, individualisant ainsi un type de psychopathologie du jeune enfant qui jusqu'alors n'était pas différencié de l'arriération mentale et de la schizophrénie, la connaissance des troubles graves du développement psychique de l'enfant s'est progressivement approfondie et bien d'autres aspects cliniques ont été décrits [16,37].

Ainsi en France, on a tendance à regrouper, comme le fait notamment la CFTMEA , l'autisme infantile et les troubles sévères de la personnalité , dans les 3-4 premières années,

sous l'expression de « psychose précoce ». Le concept de psychose n'était pas présent aussi bien dans la CIM 10 [38] que dans le DSM IV [39] où figure la notion de trouble envahissant du développement (en dehors du retard mental). Ce sont les différents aspects cliniques que nous allons décrire ici (tab V).

Le trouble envahissant du développement est une classe de troubles définis par un début précoce (les premiers symptômes sont observés par les parents avant l'âge de 3 ans), et une altération profonde du développement dans trois domaines : la communication, les interactions sociales et le comportement [40,41].

Tableau X : Le trouble envahissant du développement dans les classifications internationales

CFTMEA 1988	CIM 10 1993	DSM IV 1994
Psychoses	Troubles envahissants du développement	Troubles envahissants du développement
– Autisme infantile – Autres formes de l'autisme infantile	–Autisme infantile –Autisme atypique	–Troubles autistiques
–Psychoses précoces déficitaires –Dysharmonies psychotiques –Schizophrénie de l'enfant –Psychose non spécifiée	–Syndrome de Rett –Autres troubles dés intégratifs –Syndrome d'Asperger –Troubles envahissants du développement non spécifiés	–Syndrome de Rett –Autres troubles dés intégratifs –Syndrome d'Asperger –Troubles envahissants du développement non spécifiés

Les taux de prévalence varient de 5/10 000 pour l'autisme et 14/10 000 les troubles envahissant du développement [29].

Deux malades présentaient un retard important des acquisitions, la consultation se faisant à un âge plus tardif que celui retrouvé habituellement dans la littérature [40,41] ; à l'âge 6 ans ; que nous relions essentiellement à la méconnaissance du trouble par les parents dans notre contexte qui ne recourent au soin qu'après un longue histoire de difficulté d'intégration scolaire de leur enfant.

e- Autres troubles psychoaffectifs :

Quoique peu fréquents chez l'enfant [28], ces désordres psychopathologiques sévères, aient dû être dépistés, et pris en charge dès l'âge préscolaire. Il s'agit de 2 cas de troubles somatoformes et un cas de fonctionnement psychopathique de la personnalité.

Voici un tableau comparatif des prévalences des causes psychoaffectives dans les différentes séries étudiées :

Tableau XI : Les causes psychoaffectives dans les différentes séries d'étude

Etude	Troubles anxieux	Dépression	Trouble envahissant du développement	Autres
Lachtar.1987. Tunisie 100 cas	10%	---	1%	2%
Chenguiti .1999. Tunisie. 394cas	28 ,17 %	---	4,8%	8 ,82%
Dakhlia.2000. Tunisie 188cas	---	20%	---	---
Notre étude. Maroc 100 cas	15%	14%	2%	17%

2-4 Les causes instrumentales :

Les troubles des apprentissages correspondent aux troubles spécifiques des acquisitions scolaires selon la CIM 10 [38].

Ils sont diagnostiqués, selon le DSM IV [39], lorsque " les performances du sujet à des tests standardisés, passés de façon individuelle, portant sur la lecture, le calcul ou l'expression écrite sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de son âge, de son niveau scolaire et de son niveau intellectuel ".

Ces troubles sont décrits par l'OMS comme des troubles dans lesquels " les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premiers stades du développement. L'altération

n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise "[16]. Ils concernent donc :

- les troubles de l'acquisition de la lecture
- les troubles de l'acquisition de l'arithmétique
- les troubles de l'expression écrite
- les troubles de l'acquisition de l'orthographe
- les troubles mixtes touchant le calcul et la lecture ou l'orthographe dans lesquels « il existe à la fois une altération significative du calcul et de la lecture ou de l'orthographe, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate »
- Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage dans la CIM 10 incluent, entre autres, le trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation ou trouble phonologique, le trouble de l'acquisition du langage de type expressif, le trouble de l'acquisition du langage de type réceptif considéré comme de type mixte réceptif.
- Les troubles hyperkinétiques avec les troubles déficitaires de l'attention incluent le déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte, le déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante et le déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité impulsivité prédominante et enfin les troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité, non spécifié qui ne remplissent tous les critères des troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité.

L'ensemble de ces troubles spécifiques d'apprentissage est lié à une altération du système cognitif impliquant parfois un dysfonctionnement cérébral minime concernant la transmission des informations mais n'est pas lié à une affection psychiatrique ou un trouble d'ordre psychologique. Ces troubles ne sont pas le résultat direct de déficience mentale, de déficits neurologiques, de troubles de l'acuité visuelle ou auditive non corrigés, perturbations affectives mais peuvent leur être associés [42].

Ces troubles se manifestent par des difficultés spécifiques et significatives des apprentissages scolaires. Ils peuvent être massifs et perturber les processus attentionnels, la mémoire immédiate verbale puis les aptitudes phonologiques, visuo attentionnelles, gestuelles mis en jeu dans l'acquisition du langage oral, de la lecture, du graphisme et de l'orthographe. L'atteinte de telles compétences peut avoir pour conséquences des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, des troubles dysphasiques, dyslexies, dysorthographie, dysgraphie.

Cette catégorie représenterait environ un quart des enfants en échec scolaire [29], dans notre série ces enfants représentent un pourcentage de 31% des cas.

a- Les enfants « DYS » :

Ces enfants ; ayant des troubles des acquisitions scolaires selon DSMIV et les troubles spécifiques selon CIM10 ; présentent des difficultés persistantes dans l'acquisition des stratégies d'apprentissage qui les empêchent de s'adapter à un environnement scolaire standard. Ceci constitue un véritable handicap qui a conduit à créer partout dans le monde des écoles et universités ouvertes à ce type de pathologie, car il s'agit bien là d'une pathologie source d'un handicap compromettant la vie future de l'enfant. Ce trouble est intrinsèque à la personne. Il est lié à des désordres cognitifs et peut influer sur l'apprentissage et le comportement de tout individu possédant aussi bien un potentiel intellectuel normal ou supérieur [43].

On estime à 8-10 % le nombre d'enfants " DYS " dans le monde et 5 % le nombre de la population qui naît tous les ans [43]. Nous avons rapporté un chiffre proche de celui retrouvé dans les études tunisiennes [8,9] à savoir à 23%.

a-1 Les troubles du langage oral :

Plusieurs études ont démontré que la capacité de lire est un des prédicteurs de la réussite scolaire. Pourtant ce préalable fait défaut chez de nombreux élèves [44].

Ils sont classés par le DSMIV dans les troubles mentaux spécifiques à l'enfant à la catégorie de « communication disorders » car ils sont à risque pour l'adaptation sociale ou relationnelle ; et classés comme troubles spécifiques du développement de la parole et langage dans CIM10.

➤ les troubles fonctionnels ou retards simples :

Ils ne touchent pas la structure du langage et sont donc réversibles.

❖ Troubles articulatoires :

C'est l'incapacité à prononcer correctement un phonème. Ils sont souvent isolés, mais peuvent être associés à des troubles de la parole ou du langage ; des troubles relationnels mineurs peuvent venir s'ajouter.

❖ Retard simple de langage :

Ce trouble est caractérisé par une atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques du langage. Il porte non pas sur l'apparition des premiers mots, mais de la première phrase qui n'apparaît ici qu'après 3 ans parfois même après l'entrée en CP, en l'absence de retard mental, de trouble grave de la personnalité ou de trouble auditif.

L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé.

❖ Le bégaiement :

Un trouble qui affecte le rythme et le débit de la parole .Il s'agit de répétition ou de prolongation involontaires, fréquentes de sons ou de syllabes ou de mots perturbant la fluence verbale en l'absence d'anomalie organique.

Il est souvent associé à des manifestations motrices : Tics, syncinésies, mouvements ayant pour but de faciliter le débit élocutoire.

➤ Les troubles structurels : les dysphasies

C'est la forme la plus sévère des troubles du langage. Elle est définie comme un trouble de la structure du langage sans substratum organique décelable et en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique. Il s'agit donc d'un trouble grave de langage. Les études rétrospectives et prospectives indiquent que le langage est très lié à l'apprentissage. Il n'est donc pas surprenant que les enfants qui présentent un trouble du langage soient à risque d'être en situation de difficultés scolaires et par la suite en échec scolaire.

Son diagnostic repose sur un langage absent ou très sommaire chez un enfant de plus de 6 ans. Le vocabulaire est très imprécis et rudimentaire, parfois difficilement compréhensible. Les erreurs syntaxiques sont nombreuses.

Les troubles atteignent soit le versant expressif, avec peu ou pas d'atteinte de la compréhension, soit le versant réceptif avec atteinte de tous les niveaux de la compréhension, soit les deux versants. Les degrés de sévérité du trouble sont variables, allant parfois jusqu'à la quasi absence de production de langage intelligible.

Les troubles du langage oral sont présents chez 7% de nos écoliers englobant les retards simples de parole et du langage, les troubles articulatoires et en dernier les dysphasies. Dans la littérature, la dysphasie concerne environ 1% de la population scolaire [7].

a-2 Les troubles du langage écrit :

C'est un trouble dynamique de l'apprentissage de la lecture qui se caractérise par une diminution significative des performances en lecture ou en orthographe par rapport à la norme d'âge. Il faut respecter 4 ensembles de critères :

- démontrer que le retard est significatif,
- prouver que le déficit est stable,
- les difficultés de maniement de la lecture et de l'écriture posent un problème d'adaptation
- les critères d'exclusion doivent être respectés (retard intellectuel, carence éducative, troubles graves du développement psychologique).

➤ **La dyslexie :**

La lecture ne s'acquiète pas naturellement comme le langage, elle résulte d'un apprentissage. Il s'agit du premier apprentissage complexe présenté à l'enfant, celui-ci doit comprendre la signification de signes codifiés et les intégrer. Différentes fonctions mentales et sensori-motrices doivent être opérationnelles (niveau mental d'au moins 6 ans, pas de troubles de latéralisation, pas de troubles majeurs du langage, bonne orientation temporelle, rythme),

afin que l'enfant comprenne la lecture et devienne capable d'en maîtriser les mécanismes [45,46].

Néanmoins, un certain nombre d'enfants, intelligents, sans déficits sensoriels, ont de grandes difficultés à apprendre à lire. Ces enfants persistent à inverser des syllabes, déformer des mots ou des phrases, et leurs difficultés de lecture s'étendent souvent à l'orthographe. Il existe plusieurs formes de dyslexie :

- Les dyslexies profondes (ou non lecteurs) : on observe un blocage quasi complet du système de reconnaissance des mots écrits. Ils peuvent épeler quelques lettres d'un mot mais ne parviennent pas à réaliser la fusion des éléments sonores de celui-ci.
- Les dyslexies de surface : les sujets lisent environ un mot sur deux, font des erreurs de type phonologique.
- Les dyslexies phonologiques : les enfants identifient les mots par adressage, la lecture est donc approximative.
- Les formes mixtes : dans ce cas, les difficultés sont massives, l'enfant n'utilise ni le contexte, ni l'amorce du mot.

➤ **La dysorthographie**

La dysorthographie est un trouble de l'apprentissage de l'orthographe. Ce trouble peut être isolé mais le plus souvent il est associé à la dyslexie. Les difficultés les plus fréquemment rencontrées :

Les fautes d'orthographe, l'encodage (la mise en écrit), les erreurs de copie, les économies de syllabes, les découpages arbitraires (il s'écrie/il sé cri), les omissions (bébé/bb), les mots soudés (l'armoire/larmoire, son nœud/sone), les fautes de conjugaison, de grammaire.

➤ **La dyscalculie :**

Elle se traduit par un échec dans l'apprentissage des premiers éléments de calcul, et un échec dans la capacité à manier un petit nombre de façon adéquate. Les difficultés se manifestent dans tous les aspects du calcul : ordination, cardination, opérativité mathématique...

Elle est associée à des difficultés d'organisation spatiale, dans l'addition par l'exemple, l'enfant ne sait pas par où commencer.

➤ **La dysgraphie :**

C'est un trouble de l'écriture, indépendant de tout déficit neurologique ou intellectuel. Les difficultés graphiques qui apparaissent sont souvent dues à une contraction musculaire exagérée ("la crampe infantile"), liée à des perturbations d'origine émotionnelle. L'écriture est penchée, ne respecte pas les lignes et devient illisible.

La dysgraphie s'intègre le plus souvent dans un contexte de dyspraxie.

En France, 2,7% des enfants de première année ont des retards dans les apprentissages de la lecture, à la fin du primaire ce taux grimpe à 13,3%. A la fin du secondaire 27,2% des enfants éprouvent des difficultés ou ne savent pas lire. La dyslexie reste désormais le trouble le plus fréquent, elle touche près de 2-10% de la population scolaire et constitue une grande cause d'échec scolaire ainsi qu'une dépense de santé considérable [43,47]. Dans notre série, la dyslexie représentait une tranche de 10% de l'ensemble des consultants.

a-3 La dyspraxie :

La dyspraxie est une pathologie assez fréquente mais encore trop méconnue. Elle est à l'origine de grandes difficultés scolaires des enfants par ailleurs intelligents et motivés pour les activités intellectuelles. On distingue :

- les dyspraxies développementales [48] qui sont rares et sont considérées comme un trouble d'acquisition des coordinations , de la réalisation du geste intentionnel chez des enfants dont les difficultés sont essentiellement d'origine motrice (somatosensorielle) ou visuospatiale, en l'absence de déficit mental, sensitif, sensoriel ou moteur avéré.
 - les dyspraxies constructives de l'ancien prématuré qui sont de loin les plus fréquentes [49]. Elles sont en rapport avec des difficultés visuo spatiales dont l'origine serait les troubles optomoteurs de l'ancien prématuré entraînant des difficultés topologiques et directionnelles.
-

Ces enfants maladroits préfèrent les jeux symboliques aux jeux praxiques de constructions (legos, puzzles), le dessin libre aux figures géométriques avec un retard graphique.

L'ensemble de cette symptomatologie rend compte des écarts enregistrés lors de la passation des épreuves psychométriques (échec aux épreuves performances, réussite aux épreuves verbales) créant des dissociations notables.

La pathologie scolaire qui découle de la dyspraxie visuo spatiale porte sur les apprentissages :

- la lecture est laborieuse par difficultés de calibrage, avec des saccades qui gênent le développement de la voie lexicale de la lecture et conduit à la dysorthographie,
- les difficultés d'explorations pénalisent ces enfants dans la recherche dans un texte, dans les dessins, schémas et cartes géographiques,
- la dyscalculie est souvent majeure. C'est une dyscalculie spatiale sans troubles du raisonnement logiques.

Les troubles du regard perturbent le dénombrement utilisé largement dans les apprentissages de la notion du nombre.

Les difficultés topologiques rendent difficiles la réalisation des opérations (problème spatial de position) et concourent aux grandes difficultés rencontrées en géométrie.

La prévalence peut atteindre 6 à 7 % des enfants âgés de 5 à 11ans [43]. Nos résultats soulignent au même titre que la littérature la fréquence du trouble, nous avons rapporté dans notre série 6% d'enfants dyspraxiques.

Ainsi ; une catégorie d'enfants va présenter des troubles d'apprentissages scolaires liés à des désordres cognitifs et apparaissant comme un ensemble de troubles qui peuvent s'accompagner de perturbations, voire empêcher toute acquisition scolaire et conduire à l'échec.

L'âge moyen de consultation était de 8,1 ans, ce retard de consultation est rapporté aussi dans la littérature [50] : une étude tunisienne a colligé une série de 20 enfants dont l'échec scolaire a été lié un trouble spécifique d'apprentissage : L'âge moyen rapporté est de 8,3

ans. Ceci s'explique par le manque d'information des parents qui souvent ne réalisent pas les difficultés de leurs enfants, taxant leurs enfants d'enfants paresseux.

Il faudra, donc, noté que plus le dépistage sera précoce pour ces enfants «DYS » plus la prise en charge a des chances d'aboutir et surtout d'éviter les complications sur le plan psychoaffectif et comportemental. Cette remédiation qui se fait essentiellement par la rééducation (orthophonie, psychomotricité, remédiation cognitive).

b- Instabilité psychomotrice ou trouble hyperactivité avec déficit d'attention associée (THADA):

Depuis plusieurs années, on observe un glissement conceptuel de l'hyperactivité vers les troubles attentionnels.

« L'hyperactivité est retirée du champ de l'analyse de l'instabilité psychomotrice et tend à devenir un symptôme non obligatoire d'un vaste trouble centré autour du déficit attentionnel » (Bouvard et al.2002)

Sur le plan étiopathogénique [16,51,52] :

b-1 Pour certains auteurs essentiellement du courant neurocognitiviste :

La dimension impulsive, au premier plan du tableau clinique est expliquée par un défaut de contrôle des systèmes inhibiteurs de l'activité qui impliquent à la fois certaines structures cérébrales : les noyaux caudés & les lobes frontaux ainsi que les systèmes cathécolaminiques en particulier dopaminergique. Pour la majorité des auteurs anglo-saxons, le THADA est avant tout un désordre primaire résultant d'un défaut de maturation neuropsychologique chez des enfants présentant une prédisposition héréditaire.

b-2 Pour les tenants d'une approche psycho dynamique :

L'instabilité doit d'abord être comprise comme un état réactionnel à une situation traumatisante ou anxiogène pour l'enfant. Ceci est souligné par la fréquence des signes associés à ce trouble (comorbidité 47–93% avec les troubles de conduite, 15% à la dépression, 26% avec les troubles anxieux) ainsi que par le faible investissement du langage.

D'autres causes peuvent expliquer le THADA, telle l'atteinte subie par le cerveau en période prénatale (exposition à la cigarette ou à l'alcool) ou postnatale (infection, traumatisme crânien, anoxie). Les facteurs sociaux seuls ou les tensions environnementales ne peuvent être retenus comme une cause du THADA.

Bien que retrouvés associés au THADA dans plusieurs études épidémiologiques, les facteurs psychosociaux ne semblent pas jouer un rôle étiopathogénique primaire vis-à-vis du THADA, mais plutôt dans la survenue d'un trouble oppositionnel ou d'un trouble des conduites morbides qui conditionne en partie l'évolution du THADA sur le mode d'une aggravation [16].

Des associations entre THADA et événements stressants ont été retrouvées dans l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes réalisée par Valla [53] : Entre 6 et 11 ans, le THADA est associé au placement en institution et au remariage d'un des parents, alors que, entre 12 à 14 ans, il est associé à l'adoption, au décès d'un des parents et au fait d'être victime d'agression physique.

La demande de consultation vient souvent de l'école ; l'enseignant pousse les parents à consulter en raison d'une instabilité psychique plutôt que motrice : « il papillonne », « il a toujours la tête en l'air », « il est distrait ». Ces enfants intelligents ne peuvent soutenir leur attention plus de 5-10minutes.

Plus rarement, l'instabilité motrice est mise en avant : enfant qui bouge tout le temps, qui ne peut se tenir en place.

Pour parler d'instabilité il faut donc des critères [16,54,55] :

- l'âge : pas avant 3-4ans
- l'intensité : l'agitation est importante, impulsive
- la temporalité : fréquence et persistance avec l'âge sans modifications
- l'intentionnalité : l'hyperactivité est désordonnée, ne permet la réalisation des activités entreprises.

Ces critères sont retenus par toutes les classifications françaises et internationales (DSMVI ou CIM10), qu'il s'agisse du « THADA » dans DSMVI, du « trouble hyperkinétique » dans

CIM10 ou d'instabilité psychomotrice dans la classification française (CFTMEA). Toutes ces classifications insistent sur l'existence de deux versants avec prédominance possible de l'un des aspects par rapport à l'autre :

- un versant psychique : inattention
- un versant moteur : hyperactivité impulsive et désordonnée.

La prévalence estimée d'abord 1-3% selon les critères de CIM10, atteint actuellement 5 à 9% des enfants avec les critères de la DSM IV, ce qui en fait un problème de santé publique. Cette prévalence aurait tendance à diminuer dès l'adolescence puisque 20% des formes de l'enfance disparaissent à cette période [29]. Ce trouble a été retrouvé chez 8% de nos consultants.

L'évaluation faisait appel aux tests suivants :

- Tests d'attention :
 - Stroop : des noms de couleurs sont écrits d'une encre différente (exemple : le mot « vert » est écrit en bleu) 3 couleurs sont utilisées : rouge vert et bleu. Il s'agit de dire la couleur de l'encre et non pas de lire le mot.
 - Clochettes : repérer les erreurs mais surtout les stratégies.
- Autre test réalisé est le WISC III. On parle de profil SCAD quand les items symboles, code, arithmétique, mémoire des chiffres sont particulièrement touchés (voir annexe X).

Les psychostimulants représentent la classe de psychotropes qui a été la plus étudiée chez l'enfant et les données recueillies depuis de nombreuses années sur leur efficacité et leur tolérance en ont fait le traitement médicamenteux de première intention du THADA. Celui-ci doit s'intégrer dans le cadre d'une prise en charge globale, associant d'autres modalités thérapeutiques dont il optimise l'efficacité (psychothérapie d'inspiration analytique ou cognitivocomportementale, guidance parentale, rééducation orthophonique ou psychomotricité...) [52,54].

Le retentissement du THADA varie selon la forme clinique : les sous-types avec impulsivité-hyperactivité prédominante connaissent des risques d'inadaptation sociale

(conduites antisociales, à risques...), alors que c'est l'échec scolaire-professionnel qui marque l'évolution des sous types essentiellement inattentifs [29].

Au total, Les troubles instrumentaux sont l'expression clinique, de difficultés complexes. Ils ne sont pas fixés d'une manière définitive, lors de la chronologie du développement. Il y a des variations instrumentales, qui peuvent devenir des difficultés transitoires, tout à fait nécessaires, et utiles, comme moment adaptatif. Ce sont les réponses inadéquates (parents ou enseignants), qui pérennissent de telles situations et les transforment en troubles fixes, plus ou moins graves. Ces troubles sont toujours préoccupants, car ils mettent en jeu le pronostic scolaire de l'enfant.

2-5 Les causes pédagogiques :

Une dernière considération à ne pas omettre dans notre discussion. Elles ne sont pas du domaine médical, mais le médecin doit les connaître pour pouvoir en débattre (l'irrégularité par changements répétés d'école, de camarades, de maîtres, de programmes qui peuvent désorienter l'enfant, ou l'absentéisme : rançon des maladies répétées mais aussi favorisé par les parents négligents ou trop complaisants).

Au total, l'analyse de nos résultats et la revue de la littérature soulignent le déterminisme plurifactoriel de l'échec scolaire. Si les désordres psychopathologiques et somatiques représentent une cause fréquente et importante de ces difficultés, le dysfonctionnement familial, les mauvaises conditions socio-économiques et culturelles, et les erreurs et distorsions pédagogiques, ne sont pas d'une moindre importance dans la genèse et/ou l'aggravation d'une telle inadaptation.

La découverte de "la cause", est capitale pour permettre d'aider l'enfant, mais il ne faut jamais perdre de vue qu'elles sont dues à la sommation, à la mise en résonance de plusieurs phénomènes, qu'il faut découvrir et mettre en évidence, sans en privilégier un.

III. Limites de l'étude :

Nous avons essayé, à travers cette étude, d'évaluer les caractères épidémiologiques et les grandes orientations étiologiques d'une population de 100 enfants présentant un échec scolaire. Etant donné que l'échec scolaire est un large concept, nous nous sommes limités à l'étude de quelques paramètres qui nous ont semblé les plus importants.

Le manque de statistiques et de travaux dans notre pays sur ce sujet rend la comparaison de la situation avec les données de la littérature internationale difficile.

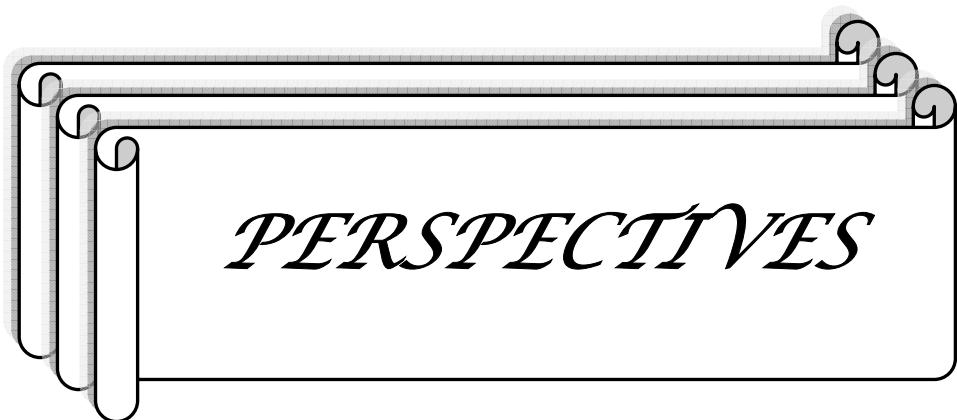
Notre étude est rétrospective portant sur les dossiers d'enfants ayant consultés pour échec scolaire, l'analyse des dossiers médicaux ne rapporte pas parfois les informations recherchées.

Un autre problème rencontré est celui de la collecte des informations sur l'histoire de développement de l'enfant et de son histoire scolaire du fait que dans certains cas les enfants étaient amenées en consultation par un proche et non par un parent.

Tous les enfants provenaient de la consultation spécialisée de pédopsychiatrie, ce qui pourrait constituer un biais méthodologique quand il s'agit de faire la comparaison avec la population générale (population clinique).

On faisait à l'étape du diagnostic appel à plusieurs intervenants (psychologue, orthophoniste, psychomotricien) tout en étant très limités par le manque de moyens humains et de professionnels spécialisés.

Malgré la mise en place d'un réseau de soin autour de la consultation de pédopsychiatrie de l'hôpital Avicenne (psychologie, psychomotricité, pédiatrie du CHU...), l'accessibilité reste limitée.



PERSPECTIVES

L'analyse comparative de nos résultats aux données de la littérature fait ressortir que l'échec scolaire s'inscrit dans une spirale psychopathologique. Cette spirale est aggravée par :

- Le retard du diagnostic à un moment où les complications de l'échec viennent alourdir le tableau clinique.
- Le manque de sensibilisation et de formation des médecins de première ligne aux facteurs de risque notamment ceux relevant d'un trouble psychoaffectif, somatique ou relationnel (seulement trois enfants sur dix nous ont été adressés par un médecin).
- Le rôle insuffisant des services de protection maternelle et infantile dans le suivi des enfants à risque.
- Le rôle insuffisant et le manque des structures d'hygiène mentale de l'enfant d'âge préscolaire et scolaire et l'absence de structures d'évaluation et de prise en charge multidisciplinaire.

Alors que la plupart des troubles diagnostiqués sont accessibles à des soins spécifiques et appropriés.

Ainsi, notre plan d'action s'articule autour des objectifs suivants :

✓ **La sensibilisation et l'information :**

Des parents qui doivent être associés à toute forme de réflexion menée au sujet de leur enfant, de l'école visant à l'impliquer dans le dépistage et l'orientation des enfants présentant un échec scolaire ,des différents intervenants : médecins généralistes, pédiatres et autres (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens ...). Et des décideurs des deux ministères de l'éducation nationale et de la santé publique en développant un rôle de conseil vis-à-vis des différentes équipes impliquées dans le domaine médico-social ou d'autres équipes soignantes.

✓ **La formation de tous les intervenants visant aussi bien la formation de base que la formation continue :**

On ne peut pas concevoir une prise en charge correcte de ces enfants sans insister sur l'intérêt d'une formation continue sur ces troubles surtout lorsque la formation initiale fait

défaut [56,57]. Face à un enfant en échec scolaire, le médecin pourrait assurer son rôle de coordination en demandant différents bilans (ORL, visuel, neurologique, psychologique, orthophonique, psychomoteur) de façon à étayer son diagnostic comme s'il demandait un examen biologique complémentaire avant de proposer un traitement. Ceci nécessite que les médecins soient formés à la prescription et à l'analyse des bilans effectués par les paramédicaux [58] et aussi sensibilisés sur l'importance d'une étude fine du développement de l'enfant (collecte de données de l'examen neurologique et de l'histoire périnatale trop souvent ignorée). Bien avant 6 ans on peut déceler les facteurs susceptibles de développer chez l'enfant de troubles futurs d'apprentissage [7]. Cela éviterait que les enfants porteurs de troubles d'apprentissage restent encore sans soins aujourd'hui ou que des familles vulnérables à la recherche de la solution miracle pour leur enfant se tournent vers des solutions inefficaces qui font perdre du temps à l'enfant .

La formation du corps enseignants sur les causes et le retentissement de l'échec scolaire est aussi prioritaire afin d'assurer un accompagnement et une orientation des enfants vers les réseaux de soins [59].

✓ La mise en place des structures d'évaluation et de soins :

Bien évidemment, nos propositions ne peuvent être efficaces que si elles sont appliquées au sein de structures d'hygiène mentale pour enfant et parallèlement à des structures spécialisées dans la prise en charge. Elles doivent être rattachées en premier lieu au CHU ou encore à des structures de proximité de chaque région formant ainsi un plateau technique complet pour une prise en charge multidisciplinaire adaptée (les centres de références ou les centres médicopsychologiques. A l'étranger, l'expérience de ces structures semble avoir des résultats très encourageants [7,60,61,62,63].

Cet offre intégré de l'ensemble de prestations médicales et ré éducationnelles permet un diagnostic précis, une prise en charge correcte et ultérieurement un suivi régulier. Ces dispositifs viennent régler plusieurs problèmes aux quels se heurtent les familles : Des problèmes d'accessibilité financière pour les familles démunies qu'on adresse à un spécialiste,

des problèmes d'offre de soins, des problèmes d'organisation pratique pour les mères (d'emploi, d'insertion...). Afin :

- **D'améliorer et de codifier la prise en charge :**

La prise en charge dépend du diagnostic retenu. C'est un réel traitement qu'il faut procurer et non pas de simples mesures de recouvrement tout en apportant une solution individualisée adaptée aux besoins de chacun [64,65]:

Pour les causes psychoaffectives : leur mise en évidence fera appel dans leur prise en charge à une approche globale associant des mesures chimiothérapeutiques, psychothérapeutiques et éducatives.

Pour les causes instrumentales : leur diagnostic conduira à chaque fois à une prise en charge spécifique (orthophonie, psychomotricité, remédiation cognitive) voire même à une orientation scolaire si les compétences de l'enfant sont insuffisantes.

Dans notre contexte et pour cette catégorie d'enfants, plusieurs obstacles retardent la mise en marche d'une prise en charge codifiée et efficace. Ainsi plusieurs perspectives voient leur place sur le terrain :

Dans le secteur médical : renforcer les rares équipes compétentes pour le diagnostic et l'ouverture parallèle de centres de réadaptation.

Dans le secteur éducatif : mettre en place des projets individualisé de scolarisation primaire et en secondaire avec rééducation orthophonique et éventuellement psychologique.

Pour les enfants déficient : il est devenu souhaitable pour ces enfants de proposer une orientation dans des établissements plus spécialisés et quand nécessaire proposer une rééducation psychomotrice et /ou orthophonique.

- **Et d'agir de façon préventive :**

Prévenir ces difficultés et éviter qu'elles ne s'aggravent doit être une préoccupation constante et ce autant au primaire qu'au secondaire. Il s'agit en fait pour tous les intervenants ; surtout pour les professionnels de soins ; de se montrer proactifs en matière de prévention. Pour

être efficace, l'intervention de nature préventive exige une bonne connaissance du développement cognitif et socio affectif de l'enfant.

Il existe trois grandes catégories de prévention [53,56,66,67] :

- La prévention primaire;
- La prévention secondaire;
- La prévention tertiaire.

La prévention primaire vise à réduire la probabilité d'apparition des difficultés. Elle concerne tous les élèves. Elle correspond à ce que certains chercheurs appellent la prévention universelle.

La mise en place de conditions d'apprentissage qui facilitent la réussite scolaire de tous les élèves fait partie de la prévention primaire.

L'intervention médicale porte sur la surveillance et la médicalisation des accouchements afin d'éviter certains facteurs de risque retrouvés chez certaines catégories d'enfants en échec notamment la souffrance néonatale.

Le développement des structures de protection maternelle et infantile semble aussi avoir un rôle primordial dans la prévention en assurant un suivi régulier de l'enfant aux différentes étapes de son développement.

Le conseil génétique peut être une mesure de prévention primaire souhaitable chez des couples ayant un antécédent dans la famille de déficience intellectuelle [68,69].

Augmenter le nombre des visites médicales à l'école où l'accent sera mis surtout sur le dépistage de troubles de langage oral & écrit et sur l'existence de certains facteurs de risque dès la maternelle.

Rendre le bilan de santé obligatoire pour tout enfant à la sixième année visant à dépister les troubles physiques, psychologiques et sociaux qui pourraient entraver la bonne intégration scolaire. Aujourd'hui si ce bilan est obligatoire, il n'est pas pour autant pratiqué de façon exhaustive.

La prévention secondaire prend place avant que les difficultés ne soient installées. Elle s'adresse aux élèves en situation de vulnérabilité soit en raison de leurs caractéristiques personnelles, soit en raison de l'environnement scolaire, familial ou social. Les stratégies déployées doivent jouer un rôle de protection contre les facteurs susceptibles de causer des difficultés.

Offrir aux élèves venant de milieux socio économiques pauvres un environnement préscolaire stimulant, est un exemple de prévention secondaire.

Des interventions ciblées menées auprès d'élèves qui, en raison de leurs caractéristiques personnelles, sont susceptibles d'éprouver des difficultés d'apprentissage.

Enfin, l'attention portée aux élèves qui vivent une situation de vulnérabilité (divorce des parents, décès d'un proche, etc.) relève également de ce type de prévention.

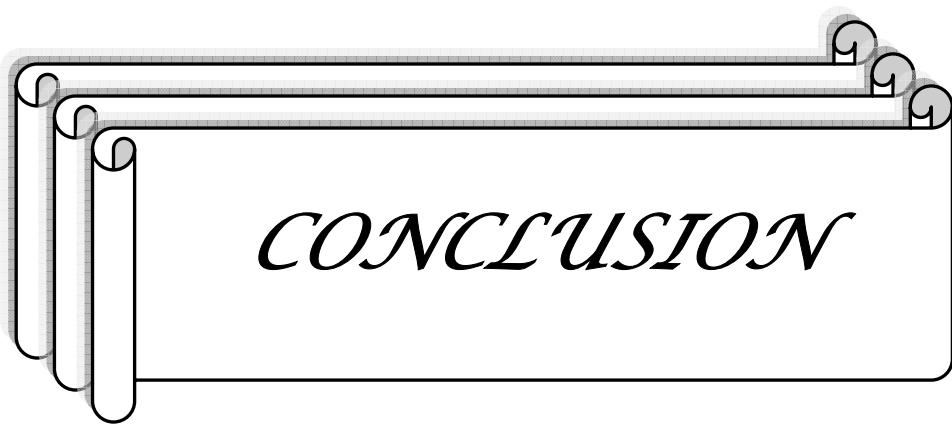
La prévention tertiaire a comme objectif d'empêcher l'évolution de la difficulté ou d'en réduire les effets. Ce type de prévention prend place après que les difficultés ont été décelées. Les stratégies utilisées visent la correction des difficultés de façon précoce et adaptée.

En outre, plus le diagnostic est précoce, plus la prise en charge débouche sur les résultats souhaités. C'est dire l'importance de dépister ces troubles avant même la mise en échec. Ce dépistage doit se faire à l'école sur l'ensemble de la population scolaire, chose qui reste encore difficile à réaliser, par le manque de structures de médecine scolaire et de compétences formées.

Toutefois, la réalisation des tâches qu'on va déléguer aux différents intervenants ne serait possible que dans un cadre bien défini de coopération entre les parents, les enseignants et les spécialistes de santé mentale afin de Remettre l'enfant en échec sur la bonne voie de la réussite scolaire et d'éviter les lourdes conséquences tant sur le devenir de l'enfant que sur celui de l'ensemble de la société.

Ainsi ; un dépistage précoce, une orientation correcte et une évaluation régulière du traitement vont permettre de réaliser de larges économies en diminuant [70] :

- ❖ le coût enduré par les familles à la recherche de méthodes « miracles »,
- ❖ le coût du temps perdu par les acteurs de l'Éducation nationale à tenter de rééduquer ces enfants,
- ❖ le coût supporté par la société par le maintien de tels enfants en structures scolaires « normales » avec les redoublements et orientations inadaptées.
- ❖ le coût supporté par la société lors de prises en charge médicales coûteuses et inefficaces.
- ❖ le coût des conséquences : par référence aux études des pays étrangers, la majorité de ces populations est absente du système économique avec un taux de chômage très élevé et de très longue durée.



CONCLUSION

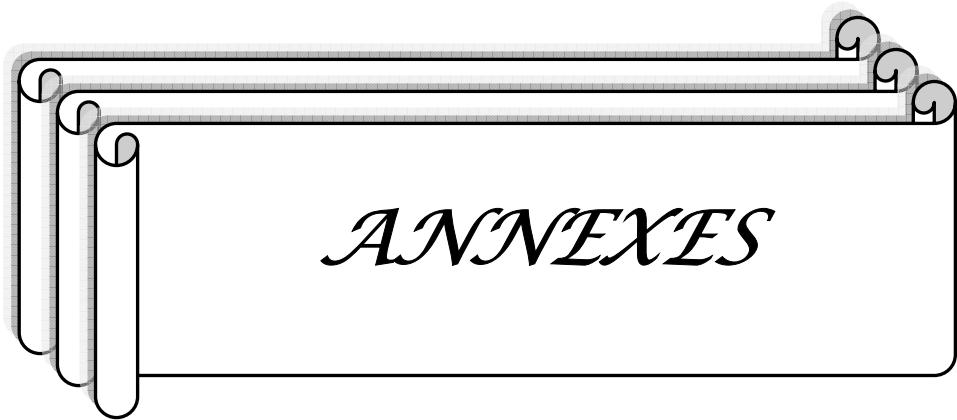
Perçu souvent comme une impasse hypothéquant l'avenir d'un enfant, l'échec scolaire devrait être l'une des priorités de la santé publique.

Il est à considérer avant tout comme un symptôme transnosographique.

Notre travail a permis de mettre en exergue sa fréquence et la multiplicité de ses origines, notamment somato-psychiques et environnementales.

Il a par ailleurs souligné les insuffisances en matière de diagnostic et de structures de prise en charge.

C'est dire la nécessité d'améliorer les moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge des désordres somatiques, psychopathologiques et relationnels chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Cette prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle sera précoce, coordonnée et continue au sein d'un réseau de soin qui fait associer dans son action la famille et les enseignants.



ANNEXES

L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

- Acquisition de propriété la nuit nl anl

Développement du langage nl retard d'acquisition

***Développement somatique :**

-Poids/taille par rapport à l'âge	nl	anl
-dentition	nl	anl

Scolarité

*** Maternelle :**

-Age d'entrée.....		
-structure :	Public	Privée
-Relations avec les élèves	nl	anl

***Primaire :**

-Age d'entrée en CP		
-Structure :	Public	Privée
-Redoublement :	Oui	Non
-Changement d'établissement :	Oui	Non
-Changement de classe :	Oui	Non

Motif de consultation

-Difficultés scolaires
-autres.....

Adressé par

-Médecin
-Famille
-Psychologue
-Enseignants
-Autres

Histoire de la maladie

*Début
*Facteurs déclenchants :

Evaluation par les parents (questionnaire de Conners).....

Evaluation par les enseignants (questionnaire de Conners).....

Entretien psychiatrique

*Présentation

*Contact :

*Langage

-Rythme :
-Contenue.....

***Fonctions supérieures :**

-orientation temporo spatiale	Oui	non
-Vigilance	Oui	non
-Attention	Oui	non
-Mémoire :	Amnésie	Hypermnésie

***Pensée**

-Cours :
-Contenue :

L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

*Psychomotricité

- Ralentissement
- Agitation
- Impulsions
- Tics
- Discordance idéomotrice

*Troubles du sommeil

-oui -non

*Troubles sphinctériens :

- Enurésie
- Encoprésie

*Alimentation :

- Anorexie
- Boulimie
- Autres.....

Examen clinique somatique

nl anl.....

- TESTS

*Tests d'attention Type /Résultat.....

*Tests d'efficience Type /Résultat.....

*Tests spécifiques Type /Résultat.....

Bilans demandés

- bilan para clinique nl anl
- bilan orthophonique nl anl
- bilan psychomoteur nl anl
- autres.

Diagnostic retenu

Causes psychoaffectives

- * Troubles de l'humeur
- *Troubles anxieux
- *Autisme
- *Troubles liés à l'environnement

Causes instrumentales

- *Enfant DYS
- *Déficience intellectuelle
- *THADA
- *Enfant précoce

Cause organique

Conduite à tenir thérapeutique

Surveillance et évolution

*Suivi thérapeutique régulier

*Suivi thérapeutique irrégulier

*Abandon thérapeutique

*Evolution clinique:

Amélioration Aggravation

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DE CONNERS POUR LES ENSEIGNANTS

CK .CONNERS

Traduction française S.COOK et M.DUGAS

(VERSION 28 items)

Vous trouvez ci-dessous une liste décrivant des comportements .Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant actuellement. Répondez à toutes les questions.

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1 Agité, se "tortille " sur sa chaise				
2 Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3 On doit répondre immédiatement à sa demande				
4 Fait le malin				
5 Crises de colère et conduites imprévisibles				
6 Trop sensible à la critique				
7 Distrait ou attention fluctuante				
8 Perturbe les autres enfants				
9 Rêveur				
10 Fait la moue et boude				
11 Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12 Bagarreur				
13 Attitude soumise face à l'autorité				
14 Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15 S'excite facilement, impulsif				
16 Demande une attention excessive de l'enseignant				
17 Semble mal accepté par le groupe				
18 Se laisse mener par les autres enfants				
19 Est mauvais joueur				
20 Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres				
21 Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22 Puérile et immature				
23 Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24 A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25 Peu coopérant avec ses camarades de classe				
26 S'énerve facilement quand il doit faire un effort				
27 Peu coopérant avec l'enseignant				
28 Difficultés d'apprentissage				

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE DE CONNERS POUR LES PARENTS

CK .CONNERS

Traduction française S.COOK et M.DUGAS

(VERSION 48 items)

Vous trouvez ci-dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou des problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque indication attentivement et décidez du degré dont votre enfant souffre de ce problème actuellement (le dernier mois) : pas du tout, un petit peu, beaucoup, énormément.

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Excitable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtements, couvertures)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué, est sur la défensive				
9. Rêvassie				
10. A des difficultés d'apprentissage				
11. Se "tortille ", ne tient pas en place				
12. A peur (de nouvelles situations, endroits et personnes nouvelles, d'aller à l'école)				
13. Agité, a toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennuis (se fait plus attraper) que les autres enfants de son âge				
18. Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)				
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend des choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contrecœur				
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, la mort, la solitude)				
25. Ne termine pas ce qu'il (elle) a commencé				

L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise ou intimide ses camarades				
28. Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement "bébé" ou immature (demande qu'on l'aide pour quelque chose qu'il peut faire seul, est "collant"), a constamment besoin d'être rassuré				
31. Problème de fixation de l'attention ou distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changements d'humeur rapides et marqués				
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères ou sœurs				
37. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
38. Dérange les autres enfants				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problèmes d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée)				
41. Maux d'estomac				
42. Problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit)				
43. Autres plaintes physiques et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent "lésé" à la maison				
46. Se vante, fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48. Problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation)				

ANNEXE VI : INVENTAIRE DE DEPRESSION CHEZ L'ENFANT

CDI

G.LELORD et C.BARTHLEMY

Souviens-toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des deux dernières semaines.

1 Je suis triste de temps en temps <input type="checkbox"/>	6 De temps en temps, je pense que des désagréables vont m'arriver <input type="checkbox"/>
Je suis triste très souvent <input type="checkbox"/>	J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent <input type="checkbox"/>
Je suis triste tout le temps <input type="checkbox"/>	Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver <input type="checkbox"/>
<hr/>	
2 Rien ne marchera jamais bien pour moi <input type="checkbox"/>	7 Je me déteste <input type="checkbox"/>
Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi <input type="checkbox"/>	Je ne m'aime pas <input type="checkbox"/>
Tout marchera bien pour moi <input type="checkbox"/>	Je m'aime bien <input type="checkbox"/>
<hr/>	
3 Je réussis presque tout ce que je fais <input type="checkbox"/>	8 Tout ce qui ne va pas est de ma faute <input type="checkbox"/>
Je rate beaucoup de choses <input type="checkbox"/>	Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute <input type="checkbox"/>
Je rate tout <input type="checkbox"/>	Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute <input type="checkbox"/>
<hr/>	
4 Des tas de choses m'amusent <input type="checkbox"/>	9 je ne pense pas à me tuer <input type="checkbox"/>
Peu de choses m'amusent <input type="checkbox"/>	Je pense à me tuer, mais je ne le ferai pas <input type="checkbox"/>
Rien ne m'amuse <input type="checkbox"/>	Je veux me tuer <input type="checkbox"/>
<hr/>	
5 Je suis désagréable tout le temps <input type="checkbox"/>	10 J'ai envie de pleurer tous les jours <input type="checkbox"/>
Je suis souvent désagréable <input type="checkbox"/>	J'ai souvent envie de pleurer <input type="checkbox"/>
Je suis désagréable de temps en temps <input type="checkbox"/>	J'ai envie de pleurer de temps en temps <input type="checkbox"/>

L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

11	Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille	<input type="checkbox"/>	19	Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part	<input type="checkbox"/>
	Il y a souvent quelque chose qui me tracasse je travaille	<input type="checkbox"/>		Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part	<input type="checkbox"/>
	Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse je travaille	<input type="checkbox"/>		Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part	<input type="checkbox"/>
12	j'aime bien être avec les autres	<input type="checkbox"/>	20	Je ne me sens pas seul	<input type="checkbox"/>
	Souvent, je n'aime pas être avec les autres	<input type="checkbox"/>		Je me sens souvent seul	<input type="checkbox"/>
	<u>je ne veux jamais être avec les autres</u>	<input type="checkbox"/>		Je me sens toujours seul	<input type="checkbox"/>
13	Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses	<input type="checkbox"/>	21	je ne m'amuse jamais à l'école	<input type="checkbox"/>
	J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses	<input type="checkbox"/>		je m'amuse rarement à l'école	<input type="checkbox"/>
	Je rue décide facilement entre plusieurs choses	<input type="checkbox"/>		Je m'amuse souvent à l'école	<input type="checkbox"/>
14	Je me trouve bien physiquement	<input type="checkbox"/>	22	J'ai beaucoup d'amis	<input type="checkbox"/>
	Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique	<input type="checkbox"/>		J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus	<input type="checkbox"/>
	<u>Je me trouve laid(e)</u>	<input type="checkbox"/>		<u>je n'ai aucun ami</u>	<input type="checkbox"/>
15	Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs	<input type="checkbox"/>	23	Mes résultats scolaires sont bons	<input type="checkbox"/>
	Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs	<input type="checkbox"/>		Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant	<input type="checkbox"/>
	Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs	<input type="checkbox"/>		J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir	<input type="checkbox"/>
16	J'ai toujours du mal à dormir la nuit	<input type="checkbox"/>	24	Je ne fais jamais aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>
	J'ai souvent du mal à dormir la nuit	<input type="checkbox"/>		Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux	<input type="checkbox"/>
	Je dors plutôt bien	<input type="checkbox"/>		Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres	<input type="checkbox"/>
17	Je suis fatigué de temps en temps	<input type="checkbox"/>	25	Personne ne m'aime vraiment	<input type="checkbox"/>
	Je suis souvent fatigué	<input type="checkbox"/>		Je me demande si quelqu'un m'aime	<input type="checkbox"/>
	<u>Je suis tout le temps fatigué</u>	<input type="checkbox"/>		<u>Je suis sûr que quelqu'un m'aime</u>	<input type="checkbox"/>
18	La plupart du temps je n'ai pas envie de manger	<input type="checkbox"/>	26	Je fais généralement ce qu'on me dit	<input type="checkbox"/>
	Souvent je n'ai pas envie de manger	<input type="checkbox"/>		La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit	<input type="checkbox"/>
	<u>J'ai plutôt bon appétit</u>	<input type="checkbox"/>		<u>je ne fais jamais ce qu'on me dit</u>	<input type="checkbox"/>

27 Je m'entends bien avec les autres

Je me bagarre souvent

je me bagarre tout le temps

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

Rapport.Gratuit.com

ANNEXE V : QUESTIONNAIRE ABREGE DE BECK

BECK Depressive Inventory BDI-13

Traduction française : P. Pichot

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Âge :

Instructions :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
A	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
B	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
C	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie	3

	personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants)	
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vaut rien.	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1

L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	0 1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2 3
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K	Je travaille aussi facilement qu'auparavant. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	0 1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	0 1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	0 1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

ANNEXE VI : Échelle résumée du comportement autistique

ERCA-III

G.LELORD et C.BARTHLEMY

NOM

Prénom

Sexe

| Age

Date

Examinateur

Mettre une choix dans la colonne correspondant à la jugée la plus exacte

0 1 2 3 4

1	Recherche l'isolement
2	Ignore les autres
3	Interaction sociale insuffisante
4	Regard inadéquat
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole
6	Difficulté à communiquer par les gestes et par la mimique
7	Émissions vocales ou verbales stéréotypées; écholalie
8	Manque d'initiative. Activité spontanée réduite
9	Troubles des conduites vis-à-vis des objets, de la poupée
10	Intolérance au changement, à la frustration
11	Activité sensori-motrice stéréotypée
12	Agitation, turbulence
13	Mimique, posture, démarche bizarre
14	Auto- agressivité
15	Hétéro- agressivité
16	Petits signes d'angoisse
17	Troubles de l'humeur
18	Troubles des conduites alimentaires
19	Attention difficile à fixer, détourné
20	Bizarrie de l'audition

ANNEXE VII : Échelle de dysphasie

		DATE			
NOM ET PRENOM DE L'ENF'ANT		AGE			
Rempli par				
0 = PAS DU TOUT OU JAMAIS / 1 = UN PETIT PEU OU PARFOIS / 2= BEAUCOUP OU SOUVENT/ 3 = ÉNORMÉMENT OU TOUJOURS					
		0	1	2	3
1. Articule mal					
2. A tendance à se servir des gestes pour se faire comprendre					
3. A tendance à répondre par oui ou par non.					
4. Cherche ses mots.					
5. A recours à des « interprètes » (frères, soeurs, camarades...).					
6. Répète un même, mot sans raison.					
7. Inverse des syllabes. :					
8. Parle par phrases courtes voire par mots isolés.					
9. A du mal à raconter ses journées, un film,					
10. Confond des mots, des Sons.					
11 . Utilise mal les articles, les conjugaisons.					
12. Au téléphone, on a du mal à le comprendre.					
13. Répète mal.					
14. Fait des phrases mal construites.,					

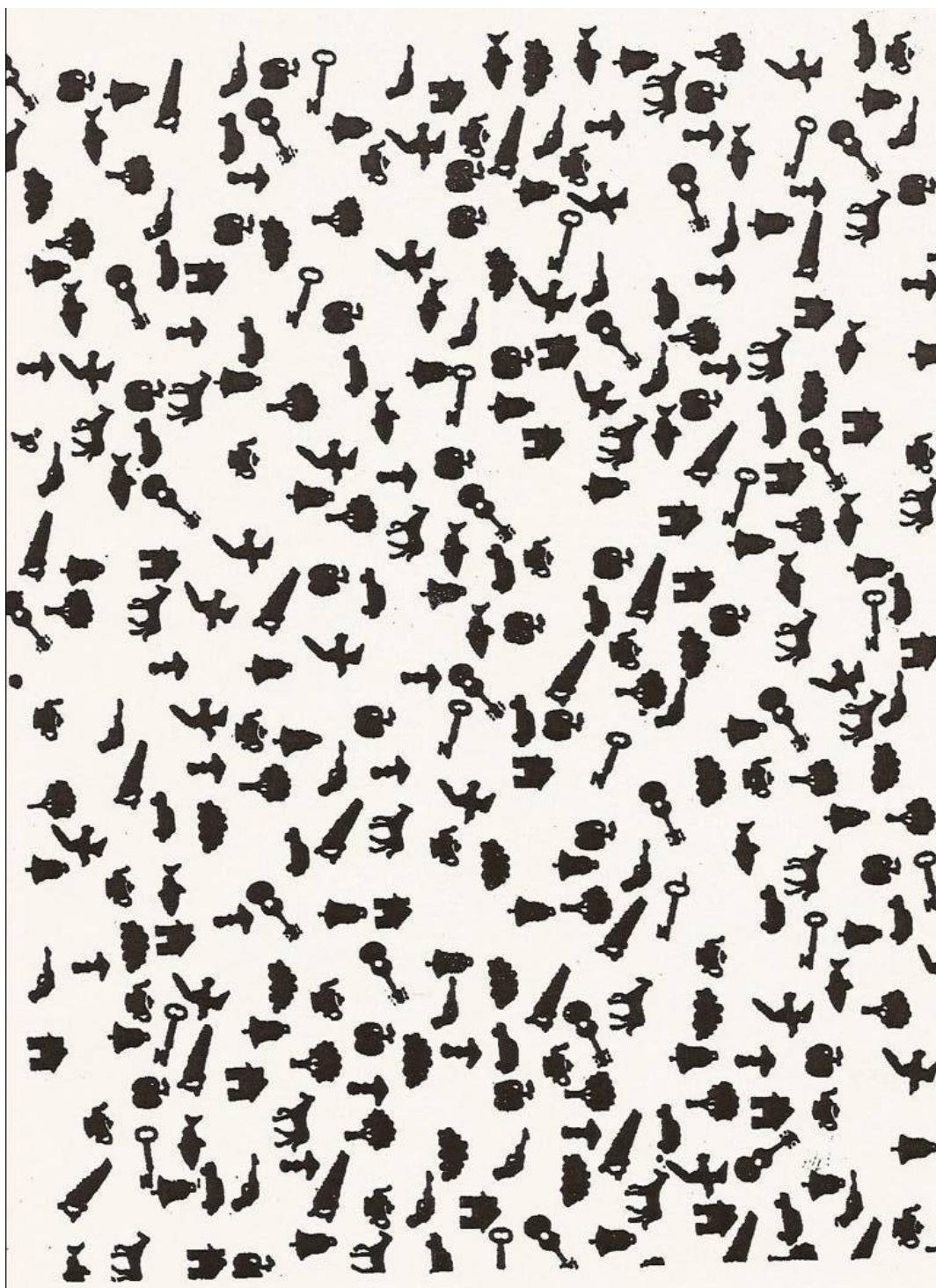
L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

15. Evite de parler.				
16. A un vocabulaire pauvre.				
17. A un langage à lui.				
18. A du mal à comprendre ce qu'on lui dit au téléphone.				
19 Va à l'essentiel, lorsqu'il essaie d'exprimer quelque chose.				
20. A du mal à comprendre les phrases longues.				
21. A un langage qui reste "bébé".				
22. A un langage qui rappelle celui des télégrammes.				
23. Fait des contresens.				
24. Parle trop vite.				
25. S'oriente mal dans le temps.. .				
26. Confond des propositions telles que sur, sous, devant derrière				
27. A du mal à exprimer ce qu'il pense (par les mots).				
28. .A du mal à se faire comprendre par ses camarades.				
29. Déforme les mots.				
30. Peut dire des choses compliquées sans problèmes alors qu'il va buter sur des choses simples.				
31. Répond à côté des questions.				
32. Dit un mot pour un autre.				
33. Manque de contrôle lorsqu'il parle.				
34. N'écoute pas ce que les autres disent.				

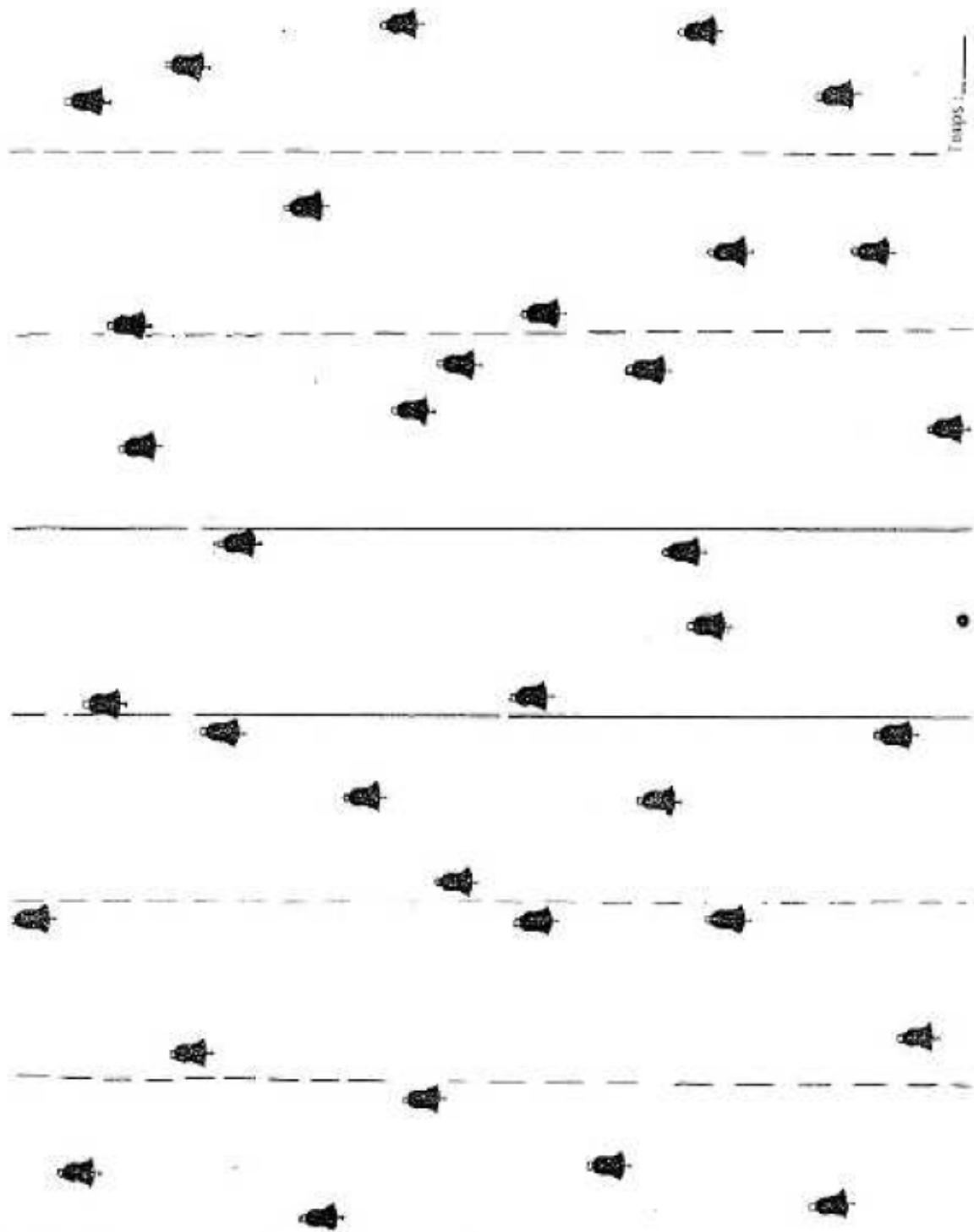
L'échec scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques

35. Utilise des mots ou des phrases passe-partout.				
38. Comprend mieux qu'il ne parle.				
37. Perd le fil de ce qu'il dit quand il parle.				
38. A du mal à se faire comprendre par des personnes qui ne le connaissent pas.				
39. Donne l'impression d'avoir de la bouillie dans la bouche.				
40. Se fatigue vite quand il doit exprimer quelque chose.				
41. Met du temps à organiser sa réponse lorsqu'on l'interroge.				
42. Doit s'y reprendre à plusieurs fois lorsqu'il veut dire quelque chose.				

ANNEXE VIII : TEST DE CLOCHES



Stratégie de recherche des cloches



ANNEXE IX : TEST DE STROOP

1	2	3	4	1	2	3	4
Rouge	Jaune	Vert	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Vert	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Ouge	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Bleu	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Rouge	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Rouge	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Bleu	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Jaune	Bleu	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Vert	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Rouge	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Vert	Rouge	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Bleu	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

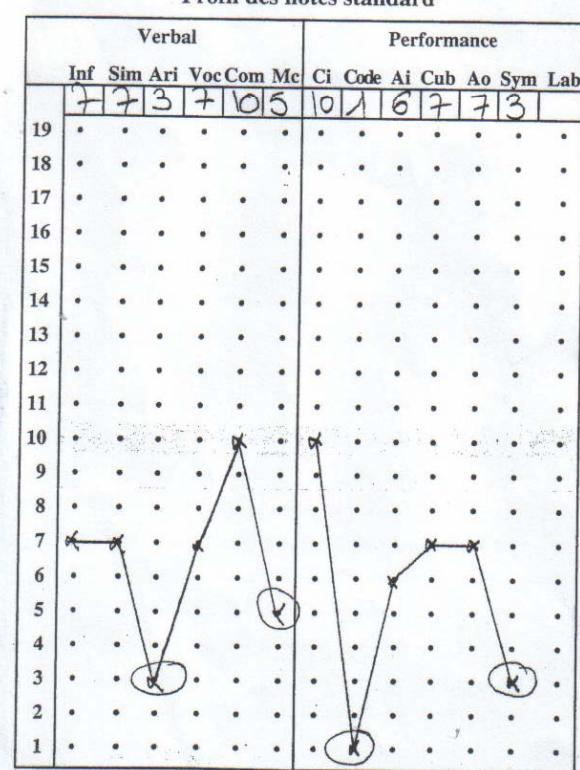
ANNEXE X : WISCIII

Subtests	Notes brutes	Notes standard				
		Verb.	Perf.	CV	OP	VT
Complètement d'images	19		10		10	
Information	11	7		7		
Code	17		1			1
Similitudes	9	7		7		
Arrangement d'images	16		6		6	
Arithmétique	12	3				
Cubes	30		7		7	
Vocabulaire	17	7		7		
Assemblage d'objets	24		7		7	
Compréhension	16	10		10		7
(Symboles)	11		(3)			3
(Mémoire des chiffres)	9	(5)				
(Labyrinthes)		()				
Somme des notes standard	34	31	31	30	14	
Note à l'Echelle Totale			65			

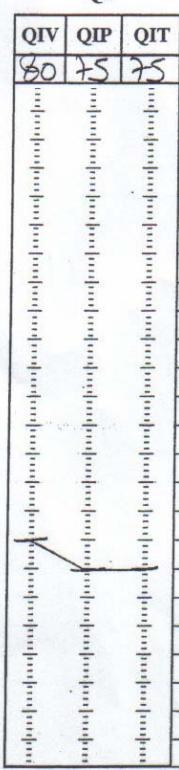
	Années	Mois	Jours
Date de passation	03	02	06
Date de naissance	99	06	10
Age	10	7	16

	Note	QI/Indice	%ile	90% de l'intervalle de confiance
Verbal	34	80	9	75 - 87
Performance	31	75	5	70 - 85
Total	65	75	5	71 - 82
Comp. Verb.	31	86	18	81 - 93
Org. Percep.	30	84	14	78 - 93
Vit. de Trait.	4	57	0.9	56 - 73

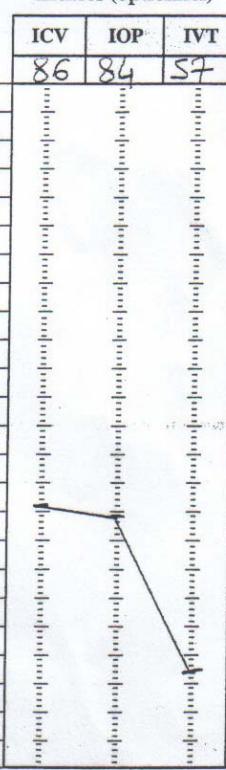
Profil des notes standard

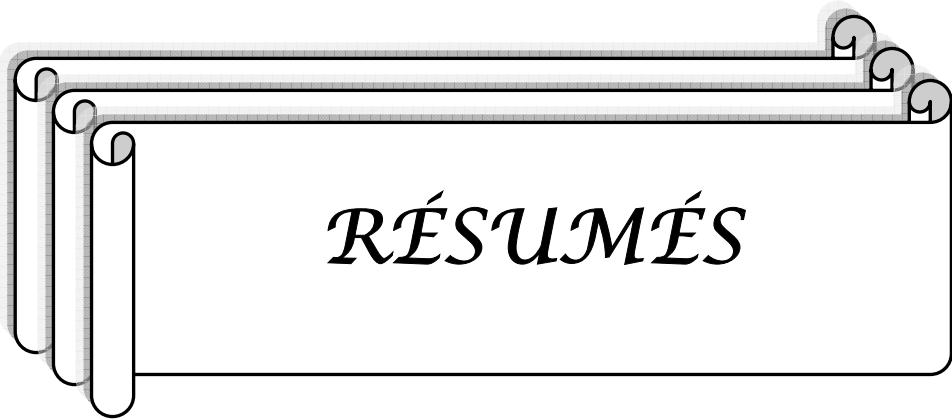


QI



Indices (optionnel)





RÉSUMÉS

Résumé

Le but de notre travail est de décrire le profil épidémiologique d'enfant en situation d'échec scolaire dans notre pays et d'en déceler les causes. Notre étude est rétrospective concernant 100 cas d'enfants scolarisés âgés de 6 à 12 ans, colligés dans la consultation de pédopsychiatrie du service de psychiatrie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech sur une période de cinq ans allant du Janvier 2003 au Décembre 2007. Nous avons étudié rétrospectivement les données épidémiologiques, psychopathologiques et scolaires. L'âge moyen des patients était de 8,9 ans (+/-1.97), le sexe masculin représentait 68 % des cas avec un sex. Ratio de 2,1. La souffrance néonatale et l'épilepsie étaient les antécédents pathologiques les plus retrouvés. Pour le contexte familial : L'origine de nos écoliers était urbaine dans 96%, une mère sur trois n'avait aucun niveau d'instruction, un contexte familial perturbé (divorce, séparation, décès) a été retrouvé chez presque un enfant sur dix. Concernant la scolarité : 91% de nos écoliers fréquentaient des écoles publiques avec 98% parmi eux étaient pré scolarisés. Dans plus de la moitié des cas, les difficultés scolaires constituaient le premier motif de consultation. De loin, les causes psychoaffectionnées étaient la première étiologie de l'échec. Presque un enfant sur trois présentait un trouble instrumental, un enfant sur six était étiqueté déficient mental avec un contexte périnatal surchargé (souffrance néonatale, retard du développement psychomoteur). Sur le plan évolutif, l'amélioration de l'échec scolaire après prise en charge a été notée dans plus de deux tiers des cas.

Ainsi, nos résultats sont comparables à ceux trouvés dans différentes études publiées durant ces dernières années, de plus qu'ils soulignent le déterminisme plurifactoriel de l'échec scolaire ainsi que l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge multi disciplinaire coordonnée et continue afin de remettre l'enfant sur la bonne voie de la réussite scolaire et d'éviter les conséquences de ce problème tant sur le devenir de l'enfant que sur celui de l'ensemble de la société.

ABSTRACT

The purpose of our study is to describe the epidemiologic profile of child in situation of school failure in our country and to detect the causes. Our study is retrospective reporting 100 cases of children between 6 to 12 years, in guidance consultation from the department of psychiatry of the military hospital of Avicenne in Marrakesh over a period of five years going from January 2003 at December 2007. We retrospectively studied various aspects: epidemiologic, psychopathological and educational aspects. The Middle age of our patients was 8, 9 years (+-1.97); the male sex was about 68% with a sex. ratio of 2,1. The neonatal suffering and the epilepsy were the most noted pathological antecedents. For the family context: The urban origin was noted in 96%, a mother on three did not have any educational level , a family disruption (divorce, separation, death) was found in almost one in ten children. Concerning the schooling : 91% of our schoolboys attended public schools with 98% among them were in kindergarten. In more than half of the cases, the school difficulties were the first cause of consultation. By far, the psychopathological disorders were the most frequent etiology of school failure among our patients. Almost a child on three presented an instrumental disorder; a child on six was labelled mental deficient with an overloaded perinatal context (neonatal suffering, pathological psychomotor development...). On the evolutionary improvement of educational failure after care was noted in more than two thirds of cases. So, our results are comparable with those found in various studies published in the last few years, moreover than they emphasize multiplicity of school failure factors as well as the importance of an early diagnosis and a multi disciplinary coordinate and continues therapeutic care in order to give the child in situation of failure on the right track of academic success and to avoid the frightening consequences of this plague as well on the individual level as collective.

ملخص

إن الغاية من عملنا هذا هو تعريف الخصائص الوبائية للطفل في حالة الفشل المدرسي، في بلادنا، وتحديد أسبابه. يستعرض هذا البحث الإستبعادي، 100 حالة فشل مدرسي لأطفال تمت متابعتهم بمركز التشخيص لطب الأطفال النفسي، بقسم الطب النفسي بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش لمدة خمس سنوات تمت ما بين يناير 2003 إلى ديسمبر 2007 ، تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 12 سنة. درسنا على التوالي معطيات وبائية، نفسية و مدرسية. متوسط السن للمرضى كان هو 8.9 سنوات (1.97)، يمثل الجنس الذكري % 68 من الحالات مع نسبة بين الجنسين 2,1. ألم المواليد والصرع يشكلان أهم السوابق المرضية . بالنسبة للوسط الأسري 96% من الأطفال ينحدرون من أصل حضري، أم من ثلات ليس لديها أدنى مستوى تعليمي، و عند طفل من عشرة و جدنا و سط أسرى مضطرب (طلاق، انفصال، وفاة) بالنسبة للتمدرس : 91% من التلاميذ يدرسون بالقطاع العمومي 98% منهم قد سبق لهم ولوح رياض الأطفال . تشكل الصعوبات المدرسية، في أزيد من نصف الحالات، الدافع الأساسي لطلب العلاج . الاضطرابات النفسية هي أول سبب لحالات الفشل المدرسي. كذلك، طفل من ثلاثة لديه اضطرابات وظائف أدواتية و طفل من ستة يشكو من تخلف ذهني مع سوابق مرضية (ألم المواليد، تطور نفسي حركي مرضي). على المستوى التطورى : في ثلثي الحالات هناك تحسن للأعراض وكذلك للنتائج المدرسية . هكذا تؤكد نتائجنا بالتوافق مع مختلف الدراسات التي نشرت مؤخرا، تعددية أسباب هذه الإخفاقات الدراسية التي يستوجب علاجها والوقاية منها جهودا متعددة الاختصاصات ومتواصلة لإعادة وضع الطفل على المسار الصحيح ولتجنب عواقب هذا المشكل على المستويين الفردي والمجتمعي.



BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport COSEF :

Réforme du système national d'éducation, bilan d'activité 1999–2004

Ministère de l'éducation nationale ,2005.

2. Mard.C :

Maroc une éducation à refaire

Kongo Times ,2008

3. Rahmani M , Daumas L:

Echec du système éducatif marocain à propos du rapport de la banque mondiale sur

l'éducation dans la zone de MENA

Aattac maroc , 2008.

4. Laurence .V D :

L'ampleur du problème

ADSP,1999, n°26,pp :23-66.

5. Marcelli .D :

Enfance et psychopathologie

5ème édition, Masson 1996.

6. Perraudeau.M :

Difficultés ordinaires d'apprentissage,

cahiers pédagogiques ,2005,n°436.

7. Calin. D :

Réactions psychiques à l'échec scolaire.

Psychanalyse Magazine, 2002, n°14.

8. Lachtar CH , BELLAJ F , AMAMI O, GHRIBI F, JARRAYA A :

Ecoliers en difficultés scolaires : approche étiopathogénique à propos de 100 cas

Faculté de médecine, SFAX, 1987.

9. Chenguiti Abdellah .A :

Difficultés scolaires : étude psychopathologique à propos de 394 cas

Thèse de doctorat en médecine 1999, SFAX.

10. Dakhia .N :

L'inadaptation scolaire en consultation de pédopsychiatrie à propos de 188 cas

Thèse de doctorat en médecine 2000, SFAX.

11. Ayadi .H,Moalla .Y,Bouaicha.H, Walha .A, Ghribi.F :

La psychopathologie liée au sexe en consultation de pédopsychiatrie (à propos de 264 cas) : étude comparative tunisienne

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2006, vol 54,n°8 ,pp: 422-7

12. Richard .Y, Saint-Andre .S, Lazartigues.A :

Caractéristiques d'une cohorte d'enfants et d'adolescents de la liste d'attente de consultation d'un service universitaire sectorisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2008, vol56 ,pp: 430-8

13. Catheline. N :

Environnement scolaire de l'enfant & de l'adolescent

EMC pédiatrie 2006 ,37-200-E,pp :40.

14. Coche F , Kahn S, Robin F:

Pratiques pédagogiques à l'école primaire et réussite scolaire des élèves venant de milieux défavorisés

Cahiers pédagogiques 2004, n°110.

15. Soualem.A, AdoussalhY; Ahami A. O. T.; Sektn N.; Yakrib S.; Zouiten F.; Azzaoui F.Z.; Rusinek S.:

Impact du statut socioéconomique sur le développement cognitif et comportemental chez l'enfant scolarisé au Maroc

Journal de thérapie comportementale & cognitive, 2005, vol 15, n° 2 ,pp:55-60

16. Catheline.N :

Psychopathologie de la scolarité

Masson, Paris,2003.

17. Catheline. N :

Troubles de la scolarité et échec scolaire

La revue du praticien, 2005 ;vol55, n°10 ,pp :1104-08.

18. Badai Meskine .F :

Epileptiques en difficultés scolaires

Revue neurologique, 2007, vol 163,n°4,pp : 148

19. Coste-Zeitoun D, Bennoun I, Clément MC :

Les conséquences cognitives et comportementales de l'épilepsie chez l'enfant

Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, articles in press, 2009

20. Guéderney et al. A :

Déficience intellectuelle du jeune enfant

EMC Pédiatrie 2003, 37-219-C : 20.

21. S. Rey, H. Testard :

Un registre épidémiologique des déficiences de l'enfant

Archives de Pédiatrie 2008, vol 15, pp:692-4

22. Tardieu.M :

Déficience mentale = recherche de la cause et traitement en neurologie pédiatrique

EMC Pédiatrie 2002, 37-219-C : 70

23. Maffre.T, Hazane F, Raynaud J-P:

Troubles psychiques, déficience intellectuelle et scolarisation en milieu ordinaire

EMC Psychiatrie, 2005, 37-219-C : 30.

24. Revol.O , Louis J , Fournier P:

L'enfant précoce : signes particuliers

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, vol 52, n°3, pp:148-153

25. Veneau .MC :

Echec scolaire

ADSL, 2008

26. Laurence .VD :

Point de vue développemental sur l'enfant à « hautes potentialités » (surdoué)

Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2004, vol 17, n°5, pp :254-261

27. Bearndonu G, Revol.O :

Approche psychopathologique et psychanalytique des enfants surdoués

EMC psychiatrie, 2006, 37-200-a : 20

28. Cornine Martin.G :

Enfant anxieux=dépistage et soins

Masson collection pratiques en psychothérapie, Paris, 2003.

29. Frombonne. E :

Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie

EMC psychiatrie 2005, 37-190-A :30

30. Holzer S ,Halfon.O :

Refus scolaire

Archives de pédiatrie 2006 ; vol13 ;issu 9 ,pp:1252-58.

31. Gaspard.SL, Brandibas.G :

Refus de l'école = les stratégies thérapeutiques en médecine générale,

Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence 2007, vol 55,n°7,pp :367-373.

32. Sudres JL, Brandibas G, Fourasté .R

La phobie scolaire : symptôme, entité spécifique, syncrétisme ou syndrome d'inadaptation ?

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2004, vol 52 , n° 8 ,pp :556-66

33. Delorme R , N Chabane , Mouren-Simeoni M:

Trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent

EMC psychiatrie 2003, 37-201-B : 30

34. Marcelli.D :

Dépression chez l'enfant

EMC pédopsychiatrie 2003 ,37-201-A:20

35. Mathet F, Martin Guelt.C ,Maurice-S :

Prévalence des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent consultant en médecine générale

Encéphale2003, vol 29, n°5 ,pp:391-400.

36. Siebertin blanc D :

Inhibition

Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent 2000,pp :355-7

37. Gattegno.MP , Abenaim N. · Kremer A. ·Castro C; Adrein J.-L.:

Etude longitudinale du développement cognitif et social d'un autiste.

Journal de thérapie comportementale et cognitive 2006, vol 16, n°4,pp : 157-168

38. CIM 10 :

Classification internationale des maladies mentales= description clinique et direction pour le diagnostic

Masson, Paris ,2000

39. DSM IV :

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Paris ,1996.

40. Ouled Taleb.M :

Bilan et perspectives de la prise en charge thérapeutique des enfants et des adolescents autistes au sein de l'hôpital du jour d'Alger 1993–2003

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2006, n°54, pp:248–256.

41. Rivard .M, Forget.J :

Les caractéristiques de l'enfant atteint d'un trouble envahissant du développement en lien avec le degré d'intégration sociale en milieu scolaire ordinaire

Pratiques Psychologiques 2006, vol 12, n° 3, pp : 271–295

42. Blanc.JB :

Troubles des apprentissages : état des lieux et propositions

Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Vol 21, n° 4, 2008, pp :176–8

43. Castagnera. L :

Enfant « DYS » et échec scolaire

Le pédiatre 2000, vol 176 :24–28.

44. Billard.C :

Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification

Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2007, vol 20, pp : 152–6

45. Billard C :

Que faire devant un enfant qui n'apprend pas à lire ?

Archives de pédiatrie, 2005, vol12, n °6,pp :902–904.

46. Soares-Boucaud .I, Cheynel-Alberola .ML, Georgieff:N:

La dyslexie développementale en pédopsychiatrie : diagnostic et prise en charge

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2007, vol 55, Issue 4, pp: 220-5

47. Tubiana. M :

Santé mentale de l'enfant de la maternelle à la fin de l'école primaire : Rapport de l'académie nationale de médecine

VST – Vie sociale et traitements, 2003, n°91, pp: 116-143.

48. Laurence .VD :

Trouble d'apprentissage non verbal : les dyspraxies développementales

Archives de pédiatrie 2006, vol 14, n°11, pp: 1341-1349

49. Deforge .H, Andre M, Hascoet MJ, Fresson J, Toniolo AM :

Conséquences de la grande prématûrité dans le domaine visuo-spatial, à l'âge de cinq ans

Archives de pédiatrie 2009, in press

50. Miri.I , Dziri C, Ben Salah FZ, Lebib S :

Echec scolaire Difficulté de la reconnaissance des troubles aux graves problèmes d'orientation.

Journal de réadaptation médiale, 2003, vol 23, n°1, pp: 16-19.

51. Courtois.R, Champion.M ,Lamy.C, Bruchon.G :

Hyperactivité chez l'enfant = réflexions sur les mécanismes psycho pathologiques sous-jacents.

Annales médicopsychologiques, 2007, vol 165,n°6 ,pp:420-427

52. **Torchut F, Guillemot-Mortagne .F, Gétin .C, Amar.M :**

L'hyperactivité de l'enfant : entre théories et pratiques

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol 56 ,n°5,2008,pp : 314-9

53. **Lapointe :**

Les difficultés d'apprentissage à l'école : cadre de référence pour guider l'intervention

Ministère de l'éducation Québec, 2003,pp: 8-35.

54. **Bursztejn .C, Golse.B :**

L'hyperactivité avec troubles de l'attention : questions cliniques et épistémologiques

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,vol 54,1,2006,pp : 29-37

55. **Delin P :**

Instabilité psychomotrice chez l'enfant : histoire des idées et réflexions actuelles

EMC psychiatrie2003,37-201-C :10.

56. **Weil Barrais .A :**

l'échec scolaire de l'intervention à la prévention

VET enjeux 2001, n°126.

57. **Mancini J,Pech-georgel C , Brun F , George F :**

Proposition d'une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du premier bilan de santé en école maternelle

Archives de pédiatrie 2008, vol15, n °4,pp: 397-405

58. **Dumeur .D :**

Médecin scolaire et échec scolaire : missions, responsabilités et perspectives.

Mémoire professionnel université Versailles saint Quentin en Yvelines, 2005-2006.

59. **Ruf C , Walus I, Wardé MC, Ducot B, Warszawski J,Richard JG :**

Validation d'un questionnaire de repérage par l'enseignant des difficultés d'apprentissage de la lecture chez l'enfant scolarisé en CP

Journal de pédiatrie et puériculture 2007, vol 20,pp:55-65.

60. **Brasselet Raynaud.C :**

Centre de référence de Reims = trois ans de fonctionnement

Archives de pédiatrie, 2005, vol 12,n°6 ,pp::894-896.

61. **Ngyen thetich.S :**

Centre de référence des troubles d'apprentissage scolaire = effets et conséquences

Archives de pédiatrie, 2005, vol 12,pp:897-899.

62. **Aussilloux.C, Baghdadli.A :**

Handicap mental et société : soigner, éduquer et intégrer

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2006, vol 54,pp:336-340

63. **Vitaro F, Gagnon C :**

Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : les problèmes internalisés

Presses de l'Université du Québec, 2000,pp :7

64. **EL Idrissi .MA :**

Echec scolaire : aspects actuels de la pédopsychiatrie

Mémoire professionnel 2003, Université Claude Bernard Lyon

65. Chambrey.J :

Trouble déficit de l'attention- hyperactivité de l'enfant et l'adolescent du diagnostic à la prise en charge

Annales médicopsychologiques, 2006, vol 164, n°7, pp :613-619.

66. Maurel Ollivier A:

Suivre les nouveau-nés à risque. Pourquoi ? Comment ? Pour une action médico-psychosociale dès l'hospitalisation néonatale

Archives de pédiatrie, articles in press, 2008, vol 2160, pp : 8

67. Shnit A, Rokrd AC :

Comment devient-on « un élève suffisamment bon ? ». Est ce un indice fiable d'une bonne santé mentale ?

Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence 2003, vol 51, n°6, pp :308-315

68. Gorwood P :

Génétiques des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent

EMC psychiatrie 2004, 37-190-A : 40

69. Houzel.D, Moussaoui.E, Ferretti.A :

Le diagnostic précoce des troubles autistiques de l'enfant en pratique

L'Évolution Psychiatrique 2004, Vol 69, n° 4, pp : 627-639

70. Conte-Grégoire F, Fassio F, Lehingue Y, Romano MC, Zorman M, Tursz A :

Le dépistage en population générale

ADSP, 1999, n°26, pp :46-54.