

ROLE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT SUREMENT DOUE

Docteur Christian PEYRAT

Pédiatre

TOULOUSE

AFEP SENAT 21 JANVIER 2005

I – INTRODUCTION : L'INTELLIGENCE ET SON EVALUATION :

A - Définition de l'intelligence :

Il est impossible aujourd'hui d'être précis dans la définition de l'intelligence et de nombreux auteurs s'y emploient régulièrement, chacun avec leur propre idée...

B – L'approche d'un certain type d'intelligence peut se faire au moyen d'un résumé quantifiable : le Quotient Intellectuel :

- ❑ Le Q.I. (= âge mental / âge chronologique x par 100.) est évalué au moyen d'échelles d'intelligence :

le WPPSI-R : échelle d'intelligence de WESCHLER, pour enfant d'âge préscolaire et primaire (4 ans et demi à 6 ans et demi)

et le WISC/WISC-R/WISC 3 : échelle d'intelligence de WESCHLER pour enfant de 5 ans et demi à 16 ans et demi.

- ❑ Elles comprennent chacune 10 subtests :

5 verbaux: . Ils déterminent un QI verbal.

information,
similitude,
arithmétique,
vocabulaire,
compréhension,

5 de performance: Ils déterminent un QI performance.

complément d'images,
arrangement d'images,
cubes,
assemblage d'objets,
code,

Les deux séries de subtests permettent de déterminer un QI global (échelle spécifique).

- ❑ Il faut les connaître, et en avoir l'habitude.
- ❑ Ces tests, adaptés à l'âge, permettent de déterminer un rang sur 1000 en fonction du QI, et conduisent à la définition d'un HAUT QI (>130)
- ❑ Plusieurs points méritent d'être soulignés :

Un haut QI ne prédit pas à 100 % la réussite scolaire.

Le développement et l'expression d'un haut QI dépend de conditions à la fois génétiques et environnementales au sens large.

Au delà du QI, le praticien doit interpréter le mode de dispersion des résultats aux subtests, ne doit pas méconnaître l'utilité des tests de personnalité permettant de rechercher une psychopathologie, et doit pouvoir accompagner l'enfant et sa famille en assurant les entretiens nécessaires en collaboration étroite avec les autres professionnels.

II - PROFIL PARTICULIER DES ENFANTS POSSEDANT UN HAUT QI :

A - ASPECT SCIENTIFIQUE :

Depuis longtemps, les chercheurs scientifiques ont exploré de nombreux aspects du fonctionnement cérébral.

Et certains constats n'ont pas manqué de susciter beaucoup d'intérêt, comme par exemple (Michel HABIB) le fait que les dyslexiques sont plus souvent des garçons, que les dyslexies et les gauchers présentent plus souvent les affections "immunes", qu'il existe une fréquence élevée de "talents" chez les dyslexiques (artistiques, sportifs, intellectuels : maths ...), que (JC GRUBAR) l'électroencéphalogramme des enfants doués d'un haut QI est particulier...

De nos jours, d'immenses perspectives se sont offertes aux chercheurs grâce notamment aux nouvelles techniques d'imagerie médicale.

Parmi les travaux déjà effectués ou en cours, il faut citer ceux de :

- Norman GESCHWIND (1926-1984 Neuropsychologie, dominance cérébrale, spécialisation des hémisphères) sur la dyslexie, la latéralisation du cerveau et l'influence hormonale (testostérone) à laquelle le cerveau est exposé durant la vie fœtale.
- Michel HABIB (Laboratoire de Neurologie Cognitive, Hôpital de La Timone Marseille 1998) traitant des "anomalies cérébrales" des dyslexiques, tant macroscopiques (corps calleux, planum temporale) que microscopiques (excès de neurones par défaut de phénomène régressif pendant la corticogénèse)
- SCHLAUG (1995) mettant en évidence la plasticité du cerveau chez les musiciens qui ont bénéficié d'un apprentissage intensif durant l'enfance (partie antérieure du corps calleux significativement plus volumineuse, et asymétrique du « planum temporale » en faveur de l'hémisphère gauche, chez ceux jouissant de l'oreille absolue).

Première conclusion :

De nombreux travaux scientifiques apportent aujourd'hui la preuve que tout n'est pas joué à la naissance et que la morphologie du cerveau peut encore se modifier longtemps après, sous l'influence de l'apprentissage.

- Jean-Claude GRUBAR (Professeur Psychologie Expérimentale, université Lille III) traitant de l'Electroencéphalogramme des enfants à Haut QI souligne son caractère très avantageux en ayant mis en évidence une coexistence entre : une surmaturité du rapport des fréquences oculomotrices (1,44 contre 0,82), ce qui constitue un indice pertinent des capacités à organiser des informations stockées, comparables à celles d'un adulte, et une immaturité : les taux de sommeil paradoxal sont nettement supérieurs aux autres enfants du même âge, très proches de ceux observés chez les enfants âgés de 9 ou 10 mois (26 % contre 20 %), ce qui correspond à une grande capacité de plasticité cérébrale, c'est à dire une plus grande réceptivité aux influences de l'environnement. Cet aspect de la question rejoint ce que suspectait KALLMAN en 1884, quand il observait ce qu'il appelait la Néoténie, c'est à dire la conservation très longue par les enfants intellectuellement talentueux de caractéristiques juvéniles.

- René ZAZZO (1960) a créé la notion d'hétérochronie neurophysiologique:
Les vitesses de développement sont différentes selon les secteurs de développement (par exemple intelligence, psychomotricité et affectivité).

Cette notion rejoint la notion de décalage et de dyssynchronie (JJ TERRASSIER)

- Jean PIAGET a déduit que l'adaptation de l'individu consiste en un équilibre entre lui-même et son environnement. S'il y a déséquilibre, il y a inadaptation. En cas de déficience mentale, l'individu est incapable de répondre aux sollicitations de l'environnement. En cas de haut quotient intellectuel, l'individu est insuffisamment sollicité par l'environnement (pour se "réadapter", il est contraint de limiter ses actions sur l'environnement).

A l'école, dans une classe hétérogène, la plupart du temps, le travail s'adresse au niveau supérieur du quart inférieur De ce fait, l'école est une forme paradoxale d'inadaptation pour les enfants précoces, par excès d'intelligence (Ceux qui tirent le maximum de profit de l'école sont les enfants moyens, dont le QI est compris entre 90 et 110).

- Michel DUYME (directeur de recherche au CNRS, inserm 4155 PARIS 6°), explique les spécificités neuro-cognitives chez les enfants précoces : « les enfants précoces utilisent d'emblée une plus faible partie de leur cerveau que les enfants normaux, pour résoudre un problème donné. On constate le même phénomène chez les enfants normaux mais après apprentissage de la tâche. Les précoces passent moins de temps à comprendre la tâche pour la résoudre d'emblée comme par intuition. Ils ont beaucoup de mal à indiquer comment ils sont arrivés au résultat et ils sont perturbés par la répétition d'une même tâche, ce qui constitue un handicap paradoxal ».

Deuxième conclusion :

L'intelligence est un phénomène dynamique : si on ne l'utilise pas ou si on ne la développe pas, elle se perd.

La forme d'apprentissage convenant aux sujets dits normaux (à l'école), peut produire, chez les enfants possédant un haut QI, une baisse des performances et un désinvestissement, ainsi que des perturbations comportementales.

B. ORIGINE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT :

Les troubles comportementaux de l'enfant à Haut QI sont générés par l'incompréhension de cette spécificité par l'enfant lui-même et par son environnement, ainsi que par le décalage existant chez cet enfant entre d'une part son affectivité et sa psychomotricité et d'autre part son avance intellectuelle.

1 - Ce décalage se manifeste au sein de sa famille :

Il bénéficie d'une grande influence sur des parents logiquement séduits oubliant leurs principes éducatifs. Il évolue en général sur un mode de toute puissance vis à vis de l'entourage. Il se maintient par ailleurs dans une immaturité affective, qui aggrave le contraste avec sa maturité intellectuelle. Il reste particulièrement sensible aux dysfonctionnements familiaux et le moindre conflit entre les parents est vécu de façon très douloureuse.

2 - Décalage, marginalisation et problèmes relationnels avec les enfants de son âge et à l'école :

Il préfère la compagnie des plus grands, des adultes et des enseignants. Ses préoccupations sont très différentes de celles des enfants de son âge, de deux à sept ans supérieures à son âge civil.

3 - Décalage dans l'exploitation de ses propres compétences source d'échecs inacceptables:

Il a appris à lire facilement, mais il éprouve des difficultés dans l'accès à l'écriture avec un geste graphique souvent maladroit, crispé.

- L'existence fréquemment surajoutée de troubles spécifiques de certains apprentissages (dyscalculie, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dysphasie, dyspraxies ... Troubles de l'acquisition de la coordination (T.A.C.), troubles de l'attention, hyperactivité) vient perturber plus encore l'appréhension par l'enfant de sa valeur propre.

4 – Sur le plan affectif :

Il redoute de décevoir parents et enseignants.

Il supporte très mal sa marginalisation progressive au sein du groupe d'enfants.

L'intelligence est souvent très anxiogène en particulier quand la maturité affective est en deçà des compétences intellectuelles.

L'accès trop précoce à des notions existentielles se surajoute aux caractéristiques précédentes, l'ensemble devenant générateur de bouffées d'anxiété, à l'origine de comportements pathologiques conduisant à leur médicalisation sur le plan psychiatrique en précipitant notamment la survenue d'affects dépressifs.

Troisième conclusion :

L'enfant faisant preuve d'un haut QI doit gérer des difficultés d'adaptation sociale progressives et peut manifester à terme des troubles du comportement secondaires à sa désadaptation progressive l'exposant à des risques psychiatriques.

III – DANS QUELLES CIRCONSTANCES LE MEDECIN TRAITANT EXAMINE-T-IL UN ENFANT SUREMENTDOUE :

En consultation nous sommes surtout amenés à examiner ceux qui souffrent et qui vont mal.

A – Parfois la consultation est motivée par une raison sociale :

Soit il est reconnu comme très performant par des parents avertis ou bien plus rarement par l'instituteur ou les professeurs, soit il a un « problème à l'école ».

En effet, dès leur plus jeune âge, ces enfants se distinguent par plusieurs caractéristiques particulières comme le rappelle souvent madame Sophie COTE :

- une grande curiosité (questions continuelles) ,
- la recherche du dialogue avec les adultes,
- le choix de camarades plus âgés qu'eux ,
- une grande capacité d'attention lorsqu'ils sont intéressés, alors qu'ils sont souvent distraits le reste du temps ,
- le sens de l'humour ,
- l'intérêt pour les jeux compliqués ,
- la tendance à préférer travailler seul,
- le sens critique à l'égard des autres,
- désir d'apprendre à lire avant l'âge "légal",
- l'accès trop précoce à des notions existentielles.

B – Plus souvent la consultation est motivée par une raison médicale :

Je reprends ici l'ordre constaté sur le terrain des symptômes dans leur progressivité, à l'instar d'Olivier REVOL (1998).

a – L'enfant présente une instabilité psychomotrice

Elle est mal supportée par les enseignants, en particulier au CP !

Elle associe à des degrés divers :

- ☐ l'hyperactivité motrice,

(court ou grimpe, s'agite, ne reste pas assis, ne joue pas en silence, prend des risques)

- ☐ le déficit attentionnel,

(difficultés à se concentrer, facilement distrait, paraît ne pas écouter, perd ses objets de travail, et ne termine pas ce qu'il entreprend)

- ☐ et l'impulsivité,

(n'attend pas son tour, se précipite pour répondre, interrompt souvent l'autre, passe d'une activité à l'autre, a du mal à organiser son travail, a du mal à se conformer aux ordres)

Le déficit d'attention est péjoratif pour les résultats scolaires.

L'hyperactivité et l'impulsivité sont responsables du rejet de l'enfant par les enseignants mais aussi par les autres enfants de sa classe.

b – Plus souvent, la consultation est motivée par la survenue d'un échec scolaire :

□ l'aspect psychanalytique de l'école et sa problématique :

Par essence, l'école est source de conflits : selon Serge LEBOVICI l'organisation psychique doit s'adapter en permanence aux franchissements d'obstacles issus les uns des autres. La relation scolaire accroît le plaisir du moi, capable de trouver des issues favorables à l'angoisse ou à la culpabilité.

L'échec scolaire toujours selon LEBOVICI est le symptôme d'un état prénévrotique ou névrotique sous-jacent. Il ne doit pas être considéré en lui-même mais comme signal d'alarme et demande d'assistance.

□ L'enfant talentueux au sein de la problématique scolaire: Chronique d'un échec prévisible.

- Quelques mots-clés : La séquence est très souvent caricaturale : curiosité, boulimie de connaissances, originalité, incompréhension de ses capacités, ennui (« enseigner c'est répéter »), contre attitude des enseignants (toi, tu ne réponds pas, je sais que tu sais....) rêverie, évasion, introversion, ou pire, cancre de la classe, perte du plaisir d'apprendre, refus d'aller à l'école, échec, et sortie du système. Survenue d'une véritable inhibition intellectuelle dont les mécanismes ont été bien décrits par les psychanalystes (Anna FREUD) : autolimitation, inhibition de ses compétences, renoncement à ses aptitudes permettant à l'enfant d'éviter de sombrer dans l'angoisse incontrôlable.

Pour s'en sortir, l'enfant doit donc choisir entre inhibition intellectuelle et évasion.

- En cas d'échec consommé, il est trop tard, incompréhension et souffrance précèdent la médicalisation.
- Ces situations d'échec ou de très grande difficulté sont souvent connues en fin de primaire ou au collège. La durée et l'importance du travail de réparation à mettre en place seront proportionnelles au retard mis à la reconnaissance de la spécificité d'un enfant talentueux en difficulté.
- Explication psychanalytique : pour tout enfant, l'entrée à l'école puis la scolarité toute entière se déroulent au cœur de malentendus successifs du fait de la divergence des projets conscients et des projections inconscientes des parties en cause : L'enfant, les parents, les maîtres et la société.

□ Le contexte général actuel (niveau des élèves) accentue les difficultés : Selon les évaluations de l'Education Nationale, pour l'année 1998-99, un cinquième des élèves de 6^{ème} étaient en très grande difficulté concernant la lecture et un tiers concernant le calcul... difficultés semblant s'accroître régulièrement depuis 1992. (sources : 3617 EDUTEL , AFEP)

□ Evolution de la répartition par âge au CP : entre les années 1960 et 1970, le nombre d'enfants admis au CP à l'âge de 5 ans et moins est passé de 20% à 5%, et entre 1970 et 1999, ce pourcentage a encore diminué régulièrement pour atteindre environ 1% à comparer aux 5% de QI supérieur à 125 et à 2,3% de QI supérieur à 130...(source Ed. Nat., AFEP)

□ Le pourcentage de risques d'échec scolaire chez les enfants précoces estimé par l'AFEP sur une cohorte de plus de 300 enfants, est de 50% (34% n'atteindront pas le lycée et 17% de plus n'obtiendront pas leur baccalauréat, alors que tous étaient nécessairement capables d'effectuer des études supérieures.

La compréhension des mécanismes que nous avons vus précédemment, leur identification précoce par les adultes, puis par l'enfant lui même, permettra souvent d'effectuer la mise en place d'une prévention efficace afin d'éviter les effets néfastes induits sur les apprentissages et surtout de sombrer dans l'ultime complication qu'est la survenue de sentiments dépressifs.

c - La dépression de l'enfant

Il s'agit de la complication la plus grave de la précocité non identifiée pouvant même exposer cet enfant aux risques des conduites suicidaires.

Le praticien s'inquiétera surtout devant un changement d'attitude majeur : rupture dans le mode de vie avec fléchissement de l'enfant, abandon des loisirs, paupérisation des rapports sociaux.

Comme nous l'a rappelé Olivier REVOL, le diagnostic de dépression peut être étayé par l'emploi d'échelles spécifiques et/ou par des tests de personnalité (patte noire, Rorschach, etc.).

Après une évaluation soigneuse et spécialisée, tout syndrome dépressif nécessite selon le cas que soit rapidement mise en œuvre une prise en charge psychologique, voire psychiatrique et médicamenteuse.

IV. DEROULEMENT DE LA CONSULTATION

1 – Témoignage des patients : Plaintes diverses, difficultés ou problèmes à l'école.

Les parents et les enfants expriment leur souffrance, leurs craintes et leur sentiment vis à vis des réflexions de l'enseignant.

Celui-ci exerce un métier difficile, mais quelle est la plupart du temps sa réaction lorsqu'il apprend par les parents que son élève possède un haut QI ? Il doute : est ce réel ? Il reste inquiet d'être abusé par des parents ambitieux, surpris de se retrouver devant une situation révélée par le milieu extérieur à l'école. Son regard deviendra soupçonneux, attendant l'exploit à chaque occasion, et s'étonnant de la moindre contre-performance. Par ailleurs son amour propre peut être mis en difficulté (...j'ai ignoré 5% d'enfants à risque depuis 15-20 ans...) et l'aspect nouveau de cette relation demande pour certains une véritable remise en question.

D'où diverses réflexions ou réponses adressées aux parents et à l'enfant comme par exemple : « votre enfant n'est pas assez mature... », « ce n'est pas à cet âge qu'on apprend à lire... », « surtout ne lui apprenez rien... », « son écriture est épouvantable... », ou bien encore « vous aviez raison... l'année prochaine ... il faudra en parler à l'institutrice de sa classe ... », « les autres parents ne comprendraient pas si le votre passait en classe supérieure et pas le leur.. », « ...Votre petit géniede toute façon, il ne sait pas tout », etc....

Il faut ici signaler les véritables humiliations infligées à certains d'entre eux et qui révoltent à juste titre les parents, contrastant avec la bienveillance nécessaire dont de trop rares enseignants témoignent à ces élèves.

D'autres raisons moins explicitées mais aisément comprises gouvernent parfois les réactions des enseignants notamment en maternelle ou au primaire : « Cet enfant doué est un vrai "moteur" pour la classe, il est un excellent répétiteur pour certains de ses camarades qui suivent mal ». « Si cet enfant accélère son cycle, nous allons nous heurter à un problème d'effectifs d'enfant par classe et peut-être à la remise en cause d'un poste d'enseignant... »

Ces exemples parmi beaucoup d'autres démontrent à quel point l'environnement de ces enfants, qui se voudrait bienveillant, demeure très complexe et très aléatoire pouvant aisément générer des troubles du comportement des enfants concernés.

2 - Prise en charge initiale par le praticien:

Recherche d'antécédents médicaux et scolaires: familiaux (psychopathologie, haut QI connu, métier, etc. ..., contexte familial..) et personnels : (réanimation, intervention, maladie grave..., deuil, accidents, scolarité...)

Examen physique : mensurations +++, niveau de développement, poids, taille, avec établissement de la courbe en fonction de l'âge sur le carnet de santé.

Examen général, et surtout neurologique +++. Examen de la vision et de l'audition+++

L'enfant est ainsi examiné en tenant compte de son contexte, permettant au praticien d'apprécier les troubles constatés et le cadre dans lequel ils s'inscrivent.

Au terme de cet examen complet, il faut évaluer : l'allure psychiatrique, l'allure performante non psychiatrique, le bien fondé de la demande, et l'éventualité d'un haut QI.

3 – Orientation et prescriptions :

Afin d'effectuer les bilans complémentaires nécessaires, il est primordial de connaître la qualité des correspondants spécialisés à qui le patient sera confié, et de tenir compte de leur connaissance des enfants talentueux. En fonction de l'examen initial, l'enfant devra être examiné par un ou plusieurs des professionnels suivants:

- Pédiopsychiatre : dépression, phobie scolaire, éléments psychotiques, schizoïdes...
- Neurologue : bilan neurolinguistique, examen des fonctions supérieures, ...
- Psychologue (tests de QI, place de l'enfant dans sa famille, cadre éducatif, loi, angoisse de mort....). Il faudra nécessairement choisir soit un(e) psychologue d'orientation psychanalytique, soit d'orientation technique, soit idéalement d'orientation double.
- Orthophoniste (bilan du langage oral et écrit à visée neuropsychologique), et recherche principalement de dyslexie, dysorthographe, dyscalculie.
- Psychomotricien (ne). Graphothérapeute.
- CMPP : pour orientation d'emblée polythérapeutique, milieu défavorisé (si bilan trop onéreux)

4 - Moyens diagnostiques:

Nous disposons d'outils très performants :

- Tests de QI
- Echelles de dépression (Child Depression Rating Scale, Hospitalized Anxiety Depression)
- Echelles de comportement (Conners, Hachensbach)
- Tests neuropsychologiques, par exemple recherchant un déficit d'attention (Stroop, test des barres ...).
- Tests de personnalité (recherche de dysharmonie d'évolution, psychose, :
(Rorschach, Patte noire, test des cubes de Kohs,)

- Tests orthophoniques dont certains sont très intéressants, comme les tests Inizan, prédisant le temps que mettra l'enfant à apprendre à lire, ou constatant un niveau scolaire de lecture. Prescription d'examen d'aptitude à l'acquisition du langage oral ou écrit, de bilan de la pathologie du langage oral ou écrit
- Bilan orthophonique à orientation neuropsychologique (Leximétrie, rétention visuelle et auditive, repères spatiotemporaux, etc....) permettant d'expliquer et d'identifier certains défauts de fonctionnement ou de repérages, et certains échecs, afin de les prévenir.

5 – Au terme de ce bilan complet, le praticien termine la prise en charge initiale :

Gestion du diagnostic médical, de l'identification d'un haut QI et de sa révélation à l'enfant lui-même et à son entourage, constat des conséquences négatives déjà constatées et organisation des solutions que l'on peut y apporter.

a - Sur le plan médical

Il s'agit de mettre en place un traitement environnemental, cognitif, et socio-émotionnel.

Il faut évaluer la situation, commenter les différents bilans, et effectuer les prescriptions en conséquence:

- Sur le plan clinique s'agit-il d'un enfant grand ou petit par rapport aux enfants du même âge?
- Sur le plan psychologique ou psychiatrique (prise en charge),
- Sur le plan orthophonique (rééducation d'une dyslexie, etc)
- Sur le plan psychomoteur (prise en charge ou non.)
- Sur le plan familial : Evaluation des motivations (déficit, héritier, psychopathologie familiale organisation « pyramidale»).
- Sur le plan scolaire : Evaluation du contexte, favorable ou défavorable. Gestion des relations futures avec les enseignants et l'éducation nationale.

b - Sur le plan pédagogique, en cas de haut QI et selon le cas, l'enfant pourra bénéficier de:

- pédagogie différenciée (rechercher un établissement adapté)
- accélération de cycle au primaire (s'aider de la conférence du Professeur X. Delcros)
- saut de classe au collège
- action sur le terrain par psychologue et orthophoniste (décision pluridisciplinaire)
- appui par lettre au niveau de l'enseignant, du Directeur d'établissement ou de l'inspection d'académie: Attention au secret médical (Code de Déontologie, Code de Santé publique, et possibles conséquences juridiques). Il s'agit en effet de la santé mentale de l'enfant et il faut de surcroît tenir compte de l'effet délétère du dévoilement d'un haut QI. Je suggérerais au Médecin traitant d'employer la phrase suivante :

« Pour finir, j'insisterai sur le caractère délétère de la diffusion trop large des données contenues dans ce bilan, qui s'inscrivent au sein du secret médical dans le cadre de la santé mentale de l'enfant, et que les parents vous confient »

- conseils en méthodologie
- enrichissement extra-scolaire : artistique, linguistique, hobby, en tenant compte des désirs de l'enfant ...
- contacts associatifs

V. EVOLUTION ET PRISE EN CHARGE ULTERIEURE (CONSULTATION A DISTANCE) :

- En cas d'évolution péjorative, l'enfant peut être contraint à :
 - changer d'établissement (attention à l'éloignement et à ses conséquences affectives+++)
 - CNED (temporaire ... risque d'accentuation d'un isolement social)
 - A l'extrême : déménager ... (perte de repères, réadaptation..)

Il sera par ailleurs nécessaire de gérer les dysfonctionnements persistants : dépression, violence...

- Si tout va bien : Le praticien devra simplement s'assurer de la mise en place des stratégies éducatives, médicales et pédagogiques adaptées.

VI. AIDE ASSOCIATIVE :

Se documenter reste indispensable. En dehors des travaux scientifiques cités plus haut, une aide précieuse peut être apportée par :

1 - AFEP : aide aux parents, conseils, photocopiés, documents, activités et rencontres extra-scolaires, méthodologie, lecture rapide 13 rue Albert JOLY 78110 LE VESINET
Tél :01.34.80.03.90. Adresse internet: WWW.afep.asso.fr, terrain de stage de l'IUFM depuis 1996, correspondant du European Council of High Ability.

2 – AVENTURE SCIENTIFIQUE – centres de vacances en France et à l'Etranger, encadrés par des animateurs au solide cursus scientifique, à thèmes scientifiques pour les jeunes de 6 à 18 ans – 3, rue de la Bièvre – BP 52 – 93340 BOURG LA REINE

3 - ASEEM : association pour le soutien de l'enseignement aux enfants malades : 02 rue St Jean à Toulouse, tél. : 05/61/55/33/42 OU 05/61/54/45/36 (très utile en cas de déscolarisation quelle qu'en soit la raison, phobie scolaire ...).

4 – RECHERCHE PAR INTERNET : moteur de recherche : taper SURDOUE, AFEP, DOUANCE.ORG etc...

IV – PREVENTION , RISQUES ET CONCLUSION :

1 - Prévention :

Afin d'éviter incompréhension et souffrance inutile, il est urgent d'agir tôt : le moindre doute dès la maternelle doit conduire à :

- ☐ la passation de tests de niveau
- ☐ l'utilisation d'échelles de dépression et de comportement
- ☐ la pratique de tests de personnalité.

Il faut en effet comprendre très vite l'origine des difficultés, expliquer sa spécificité psychologique et intellectuelle à l'enfant lui-même et à ses parents, et si possible aux enseignants. Il est enfin indispensable de mettre en place au plus vite des stratégies éducatives, médicales et pédagogiques adaptées et surtout coordonnées.

2 - les risques

- En cas de retard ou d'absence de diagnostic :

Dans de nombreux cas, souffrance, sentiment d'incompréhension, épuisement psychique et 50% d'échec scolaire, avec trop souvent psychopathologie induite et médicalisation, sont la règle..

- En cas d'erreur d'orientation (tests erronés, psychologue non spécialisé, non habitué, etc..) : Aggravation ou décompensation d'une affection psychiatrique non détectée (schizophrénie...)

3 - Conclusion :

Le médecin traitant de l'enfant SUREMENT DOUE, majoritairement sollicité par ceux qui vont mal, doit collaborer à la création autour de celui-ci d'un environnement au sens large qui ne soit plus délétère mais propice à son développement psychologique et intellectuel, en se souvenant des mots clés suivants :

- ❑ Brillant mais fragile
- ❑ Incompréhension et souffrance, puis psychopathologie
- ❑ Secret médical (santé mentale de l'enfant)
- ❑ Action multidisciplinaire avec l'aide de professionnels spécialisés
- ❑ Aide précieuse du milieu associatif

BIBLIOGRAPHIE (Auteurs cités):

ADDA, COTE, DUyme, FREUD, GRUBAR, GESCHWIND, HABIB, LEBOVICI, PIAGET, REVOL, SCHLAUG, ZAZZO.

P.S. : Les hommes politiques seraient bien inspirés de faire évaluer le coût de la prise en charge en Médecine hospitalière, libérale, en Institutions et chez les professionnels paramédicaux, de ces enfants non ou tardivement reconnus, et d'en tirer les conséquences concernant une prévention efficace et très peu onéreuse passant par un mode d'apprentissage scolaire spécifique et son accompagnement.