« Enfant difficile » entre incompréhension et inadaptation.

De plus en plus de publications abordent le thème de “l’enfant difficile” tentant ainsi de répondre au besoin de soutien qu’expriment les parents mais aussi les institutions scolaires.

Mais qui sont les enfants difficiles ? Parfois ressentis comme des enfants très énergiques ayant besoin de se dépenser, voire comme des enfants agités, hyperactifs, parfois vus comme étant irritables, opposants, colériques ... insupportables ! Que d’adjectifs pour désigner un enfant qui présente avant tout une particularité hyperkinétique, tout au plus une problématique liée à un accordage affectif défectueux, voire à des troubles des interactions précoces. En effet, la terminologie est mal venue puisque la désignation « difficile » ne correspond à aucune nosologie diagnostique dans les troubles du comportement de l’enfant. Alors qu’est-ce qui est donc difficile ? Est-ce l’éducation de certains enfants qui s’avère difficile ou est-ce la relation parent-enfant voire éducateur-enfant qui est difficile ?

La clinique quant à elle prévoit une catégorie diagnostique du côté des troubles du comportement externalisés, précisons au passage que les évaluations se basent sur ce que le ou les observateurs (parents, éducateurs) définissent avec tout leur contenu subjectif. Mais avant de poser le diagnostic des troubles du comportement externalisé, il faut procéder au diagnostic différentiel et écarter les troubles visuels/auditifs, les troubles psychiatriques (schizophrénie, bipolarité, psychose, trouble du spectre autistique) et le retard mental. Chez l’enfant de moins de quatre ans il faudra aussi écarter la présence de parasites, une intolérance alimentaire, un phénomène douloureux chronique (reflux gastro-œsophagien) ou un problème cutané.

Si ces enfants « difficiles » sont impulsifs et présentent des difficultés d’attention/concentration on avancera donc l’hypothèse du TDA-H (trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité). Si l’enfant est difficile parce qu’il est oppositionnel/hostile/provocateur on parlera de trouble oppositionnel avec provocation ; si l’enfant est agressif/bagarreur/hostile on précisera le trouble des conduites. Les origines de ces troubles du comportement externalisés sont multifactorielles mais on peut les systématiser à partir de trois domaines étiologiques : le constitutionnel, l’épigénétique, et l’environnemental qui s’influencent mutuellement. Selon Roskman et al (2006) dans la majorité des cas, les troubles externalisés du comportement relèvent de tableaux complexes où se croisent des éléments des champs neurologique et psychodynamique.

Par ailleurs certains théoriciens avancent les recherches sur le tempérament du bébé et de l’enfant pour catégoriser les enfants dits « difficiles ». Rappelons que le tempérament se réfère aux caractéristiques individuelles, que l’on suppose être d’origine biologique ou génétique, qui déterminent les réactions affectives, attentionnelles et motrices dans différentes situations et qui jouent un rôle lors des interactions sociales et du fonctionnement social ultérieurs. Ainsi selon Thomas et Chess (1977) 10% des enfants auraient un style comportemental ou tempérament difficile et présenteraient un niveau d’activité élevé et des fonctions biologiques irrégulières. Le tempérament difficile

constituerait un facteur de risque pour le développement de l'enfant pouvant provoquer l'apparition de troubles du comportement ou de troubles des apprentissages.

Ce sont d'abord les parents qui présentent leur enfant comme étant difficile car opposant, refusant leur autorité, provoquant et usant de sa tyrannie. Mais aussi parce qu'il présente des difficultés de sommeil, d'alimentation, des troubles des apprentissages de manière transitoire ou déjà installée. Puis se relaye l'école qui pointe du doigt ces difficultés comportementales, voire une inadaptation. En effet en milieu scolaire, ces enfants vont multiplier les conflits et exprimer leur opposition vis à vis de leurs pairs et des différentes figures d'autorité (éducateurs et direction). Il semblerait que ce soient donc principalement les interactions interpersonnelles et la capacité d'auto-contrôle de leurs affects qui soient le plus affectées chez ces enfants. Pour mieux comprendre revenons un peu à la base et regardons un peu comment se constituent les premiers rapports relationnels chez l'enfant.

Le premier à avoir théorisé ces premiers liens n'est autre que le psychiatre et psychanalyste John Bowlby avec sa « théorie de l'attachement » dont le principe de base établit qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. Ces figures d'attachement (c'est-à-dire souvent l'entourage familial), sont la base de sécurité à partir de laquelle les enfants vont pouvoir explorer le monde, et vers qui ils savent qu'ils peuvent retourner en cas de besoin de réconfort. Le donneur de soin par son accessibilité procure donc à l'enfant la sécurité, en effet le nourrisson est incapable de se satisfaire et de se consoler par lui-même. Or selon Nachmias et col (1996) l'attitude de la mère peut influencer à la fois sur la formation de l'attachement et sur le tempérament de l'enfant. Ainsi la qualité de l'attachement refléterait le tempérament de l'enfant (Campos, Lamb, Goldsmith et Sternberg, 1983 ; Chess et Thomas, 1982 ; Kagan, 1982).

Dès sa naissance, le nouveau-né fait tout pour séduire sa mère et installer tout un système d'échanges relationnels et émotionnels pour être en phase avec elle. Ces échanges vont se baser sur un processus d'apprentissage par mimétisme, soit des conduites d'imitation via les facultés innées de projection et d'imitation dont dispose le bébé. C'est l'accordage affectif, concept introduit par le pédopsychiatre Daniel Stern, qui renvoi au fait que l'imitation puisse traduire le passage d'états internes de la mère au bébé et réciproquement, par la contagion d'affects. « *Pour que s'organise un lien suffisamment sécurisé avec un objet investi, il est nécessaire que celui-ci soit progressivement « perçu », « construit » et conçu » comme un double de soi.* » (Stern, 1984). C'est-à-dire un double qui n'est pas identique, mais suffisamment semblable pour être investi comme miroir de soi, et suffisamment autre pour ne pas être confondu. L'accordage assure une fonction de filtre protecteur des débordements émotionnels permettant au bébé de réaménager ses états subjectifs. Selon Isabelle Roskam (2012), la notion d'accordage renvoi également à l'idée que « certains environnements de développement conviennent mieux à certains enfants qu'à d'autres en fonction de leurs caractéristiques individuelles », ceci s'applique aussi bien à l'environnement familial que scolaire. Ainsi les difficultés comportementales des enfants varient en fonction des environnements mais aussi des caractéristiques propres à chaque relation et à leur niveau d'accordage. Ainsi dans certains cas l'enfant aura du mal à se réguler, pris d'un besoin irrépressible de sur-activer son expression motrice.

Anzieu parle quant à lui du « Moi-peau », cette notion s'insère pour la première fois en 1972-73 dans le débat sur la pulsion d'attachement : « *la première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. C'est ce que je propose d'appeler le Moi-peau* ». Le Moi-

peau est basé sur les différentes fonctions de la peau. La première est celle d'un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés. La peau, deuxième fonction, est aussi la surface de séparation (interface) qui marque la limite par rapport au dehors et le maintient à l'extérieur : c'est la barrière qui protège contre la pénétration des avidités et des agressions d'autrui, êtres ou objets. Enfin la peau, troisième fonction, est - en même temps que la bouche ou, du moins, autant qu'elle - un lieu et un moyen majeur de communication avec les autres, permettant d'établir des relations significatives ; de plus, c'est une surface d'inscription des traces laissées par celles-ci (Le Moi Peau, Anzieu, 1985).

Au final on se rend bien compte que la qualité d'attachement et la cohésion du système relationnel contribuent de manière substantielle au développement de comportements adaptatifs chez l'enfant (Klein, 1996 ; Lyons-Ruth, 1996 ; Stormshak et al, 2001).

Les enfants dits « difficiles » ont tous en commun un tempérament et une particularité cognitive que nous pourrions regrouper sous la désignation de l'hyperkinésie qui regroupe des symptômes tels que : l'hyperactivité des fonctions motrices, les troubles du sommeil, les changements d'humeur, la maladresse, le comportement agressif, l'impulsivité et les comportements et dérives antisociales.

Pourtant certains de ces symptômes se retrouvent également chez l'enfant dit « corporel » ayant une « intelligence kinesthésique » sur-exprimée (Gardner, Les intelligences multiples, 1983). Cet enfant aura besoin de faire usage de son corps et de ses mouvements pour apprendre. C'est un enfant généralement doué dans tous les exercices physiques, qui bouge, qui remue, qui s'exprime physiquement. Souvent qualifié d'hyperactif, d'inattentif, d'impulsif. On lui reprochera de ne pas se tenir tranquille, de trop remuer en classe, de ne pas savoir se contrôler, de ne pas faire suffisamment attention. En réalité, les différentes recherches montrent qu'il est impossible pour ces enfants de rester immobile car cela lui demande tellement d'énergie et de concentration qu'il n'a plus les moyens d'enregistrer de nouvelles informations. Alors ? Enfants portant des séquelles d'un type d'attachement insécurisé se traduisant au niveau de leur comportement ou enfants ayant une particularité cognitive structurelle ? Les questionnements restent ouverts ...

Quoi qu'il en soit au final il faut le dire, les enfants agités agacent. Selon les recherches menées par l'équipe de Roskam (2013) les enfants agités sont le plus souvent mal vus par les éducateurs, car ils perturbent les rythmes de la classe. Ces enfants mettent souvent l'enseignant à bout, soit en le poussant à des excès de sanctions soit en le confrontant à son impuissance (Roskam et al, 2007). Pourtant, une bonne relation entre professeur et élève a un impact positif sur l'adaptation scolaire de l'élève (Pianta, Steinberg, & Rollins, 1995) et est une source de soutien pour ce dernier (Birch, & Ladd, 1997; Gest, Welsh, & Domitrovich, 2005; Muller, 2001). La méta-analyse de Roorda, Koomen, Spilt et Oort (2011) a révélé que les enfants qui entretiennent ce genre de relations positives avec leurs enseignants ont un meilleur engagement scolaire. Au plan de l'engagement cognitif, le soutien reçu de l'enseignant, notamment sous forme de renforcement, permet également aux enfants hyperactifs et inattentifs de mieux performer (Carlson, & Tamm, 2000). Ces enfants ont effectivement besoin de plus de soutien pour persévérer et accomplir les tâches dans lesquelles ils s'engagent (Booth et al., 2001) et l'établissement d'une base affective avec l'enseignant favorise un tel soutien (Birch, & Ladd, 1997).

Il me semblait intéressant de revenir ici sur une citation de Maria Montessori : « Nous ne considérons pas qu'un enfant soit discipliné quand ses professeurs ont réussi à le rendre aussi silencieux qu'un muet et aussi immobile qu'un paralytique. Un tel individu n'est pas discipliné mais annihilé. Nous disons d'un individu qu'il est discipliné quand il est maître

de lui-même et qu'il est capable de contrôler sa conduite dans les occasions où il faut suivre des règles. » (*Pédagogie scientifique*, Desclée de Brouwer, Paris, 1958).

Les recommandations pour l'accompagnement de ces enfants devront principalement viser à couper court au cercle vicieux du comportement problématique ↔ irritation, sanction, rejet ↔ image négative. Canonge et Lecendreux (2006) précisent qu'il est extrêmement important de ne pas laisser se figer un comportement difficile, pour cela il est impératif de ne pas l'entretenir par des réponses inadaptées et surtout ne pas l'encourager en y apportant une attention excessive. L'enfant sera tenté de rechercher la limite qui fera craquer l'adulte en perdant le contrôle. Le dialogue, la stratégie de retour au calme, les tableaux de comportements et les systèmes à points, ou encore le retrait de privilèges peuvent permettre un renforcement négatif à condition que ce soit accompagné d'une explication. Le dialogue constructif reste encore la meilleure stratégie à adopter parfois cela nécessitant la médiation ou l'aide d'un professionnel. Parfois une thérapie comportementale s'avérera utile, ces thérapies brèves se composent d'une dizaine de séances et peuvent modifier la dynamique comportementale de l'enfant.

Du côté des parents quelques pistes proposées par Canonge et Lecendreux (2006) pour adopter un comportement approprié :

- Limiter les ressentiments, se préserver en s'occupant de soi-même, en cédant le relais parfois histoire de souffler un peu,
- Savoir lever les réticences pour éviter des sanctions éternelles,
- Gérer les difficultés au coup par coup avec cohésion et constance,
- Maintenir une régularité dans son comportement,
- Gérer, agir, pardonner, oublier,
- Savoir ignorer certaines provocations,
- Entendre, écouter, expliquer, s'expliquer, faire usage de paroles positives,
- Instaurez des routines, emplois du temps, s'organiser, planifier pour éviter d'être sous pression, répéter les règles,
- Être proactif, savoir anticiper les situations qui exacerbent le comportement de l'enfant,
- Récompenser tout de suite car cela sécurise l'enfant, le féliciter en cas de comportement adapté pour soutenir la construction de la confiance en soi,
- Tenir ses promesses,
- Proposer des stratégies nouvelles,
- Persévérer et recommencer jusqu'à obtenir un résultat ou amélioration.

La fratrie peut souffrir aussi de la situation, les besoins spécifiques de ces enfants peuvent provoquer jalousie et exaspération, il est donc primordial de dédramatiser en évoquant le problème avec les frères et sœurs. Pour éviter les débordements encore une fois penser à instaurer des règles de fonctionnement au sein de la famille. Pour que chacun puisse avoir sa place et son temps, il faudra prévoir des moments passés tête à tête avec chaque enfant.

Sources :

Balleyguier, G., (1998). Attachement et tempérament chez le jeune enfant. In: *Enfance*, tome 51, n°3. L'attachement. pp. 69-81

Bowlby, J., (1978). *Attachement et perte*, Paris, PUF.

Canonge, D., Lecendreux, M., (2006). *Gérer un enfant difficile*. Solar.

Compernelle, T., (2004). *Du calme. Manuel pour l'éducation des enfants hyperactifs*. Bruxelles: de Boeck.

Diatkine, G., & Maffioli, M., (2017). De l'accordage affectif à l'interprétation. Tendance antisociale et troubles oppositionnels avec provocation. *Enfances & Psy*, 73,(1), 67-78.

De Kleyn, M., (1996). Disruptive behavior disorder and intergenerational attachment patterns: A comparison of clinical referred and normally functioning preschoolers and their mothers. *J Consult Clin Psychol* ; 64(2): 357-65

Lyons-Ruth K., (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol*; 64(1):64-73

Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H., et Buss, K. (1996), Behavioral Inhibition and Stress Reactivity : The moderating Role of Attachment Security, *Child Development*, 67, 508-522.

Pleux, D., (2002). *De l'enfant roi à l'enfant tyran*. Odile Jacob.

Roskam, I., (2013). *Mon enfant est insupportable !*. Wavre, Belgique: Mardaga.

Roskam, I., Nassogne, M-C., Kinoo, Ph., (2007) : L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 : 204-213.

Stormshak, E .A., Bierman, K.L., McMahon, R.J., Lengua, L.J., (2001). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Child Psychol*; 29(1):17-29.

Thomas, A., Chess, S., (1977). *Temperament and Development*, New York, Brunner/Mazel.

Toupin J., Déry, M., Pauzé, R., Mercier, H., Fortin, L., (2001). Cognitive and social contributions to conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry*; 41:333-44.