

L'enfant difficile à l'âge de latence : de l'importance d'évaluer pour bien traiter

E. de BECKER¹

Résumé

Les facteurs qui influencent le devenir de la pulsion agressive se situent tant au niveau de l'enfant lui-même qu'à celui de l'entourage socio-familial et de la société. Le comportement difficile de l'enfant à l'âge de latence interroge de nombreux paramètres tant sur le plan du fonctionnement psychique de l'individu concerné qu'au niveau relationnel. Par ailleurs, ce cortège symptomatologique vient questionner les valeurs sociétales, dont, entre autres, la notion d'autorité. Ainsi, ces difficultés habituellement tenaces demandent une prise en charge adéquate et une réflexion la plus large possible sur les relations à l'intérieur des familles et dans notre société en général. La démarche évaluative consiste à appréhender la fonction des symptômes, la souffrance de l'enfant dans sa trajectoire neuro-psycho-développementale afin d'engager un accompagnement d'aide et de soins adapté. Derrière le terme d'enfant difficile, se découvre habituellement une grande souffrance psychique plus ou moins reconnue. L'évaluation porte sur l'enfant en question dans ses dimensions cognitive, affective, relationnelle ainsi que sur l'entourage socio-familial. Il est essentiel d'appréhender les attitudes de l'entourage socio-familial par rapport au comportement difficile de l'enfant en précisant qu'il s'agit une fois encore d'un phénomène circulaire.

Mots-clés

âge de latence, agressivité, angoisse, autorité, limite, souffrance, trouble du comportement.

The difficult child at the latent age: the importance of evaluation to treat well

Abstract

The factors influencing the future of the aggressive impulse lie both at the level of the child itself and at the level of the socio-family and society. The difficult behaviour of the child at the latent age questions many parameters both in terms of the psychic functioning of the individual concerned and at the relational level. Moreover, this symptomatological procession comes to question societal values, including, among others, the notion of authority. Thus, these usually tenacious difficulties require adequate support and the broadest possible reflection on relations within families and in our society in general. The evaluative approach consists in understanding the function of the symptoms, the suffering of the child in his neuro-psycho-developmental trajectory in order to engage an accompaniment of help and adapted care. Behind the term difficult child, is usually discovered a great psychological suffering more or less recognized. The assessment focuses on the child in question in terms of cognitive, emotional and relational dimensions, as well as on the socio-family environment. It is essential to understand the attitudes of the socio-family members with regard to the difficult behaviour of the child by specifying that this is once again a circular phenomenon.

Key-words

age of latency, aggression, anxiety, authority, limit, suffering, behavioural disorder.

¹ Pédopsychiatre, Université Catholique de Louvain - Cliniques universitaires Saint-Luc - avenue Hippocrate, 10 à B – 1200 Bruxelles - emmanuel.debecker@uclouvain.be

I. Introduction

De nombreuses consultations psychothérapeutiques et pédopsychiatriques concernent l'enfant turbulent, agité, épuisant, agressif,... en un mot l'enfant « difficile ». Ce ne sont pas les vocables et adjectifs qui manquent pour décrire ces situations pour lesquelles l'entourage socio-familial se sent impuissant, démuni ne sachant quelles bonnes attitudes adopter. Derrière cette appellation, nous rencontrons de multiples problématiques que ce soit en lien avec de l'angoisse massive, une dépression, un trouble de l'attachement, de l'hyperactivité, un trouble du spectre autistique ou encore un trauma éventuellement identifié (Adler, 2006). Ces entités citées sont loin de refléter la diversité des réalités rencontrées. Un qualificatif ne peut traduire les aspects psychopathologiques vraisemblablement présents derrière une souffrance individuelle et relationnelle. Par ailleurs, si le comportement vécu comme difficile peut avec évidence se manifester avant cinq ans, il prend une autre ampleur sitôt que l'enfant entre dans cette période de latence marquée par l'investissement majeur de ses propres processus psychiques. Comme l'a développé Arbisio-Lesourd, se joue alors la destinée des capacités d'autonomie, de l'assurance narcissique, de la souplesse de fonctionnement psychique, autorisant une appréhension potentiellement tempérée des enjeux adolescents ultérieurs (Arbisio-Lesourd, 1997). Dans le cadre de cet article, nous proposons en partant d'une situation clinique une réflexion sur les tenants et aboutissants d'une manifestation externalisée fréquente pour laquelle les professionnels sont trop souvent « attendus » à devoir agir sans pouvoir toujours bénéficier du temps nécessaire à sa compréhension.

II. Vignette clinique

La situation issue de notre pratique pédopsychiatrique au sein d'un hôpital général décrit la souffrance d'une fille de sept ans. S'il existe une prévalence des garçons manifestant cette externalisation symptomatique, l'expérience indique une augmentation significative des cas de figure féminins, probable résultante d'une conjonction de facteurs sociétaux et socio-familiaux. Nous y reviendrons plus loin.

Accompagnée de deux policiers, Alicia est présentée au service des urgences et de crises psychiatriques pour expertise. L'équipe de pédopsychiatrie est sollicitée étant donné que le sujet à examiner est très jeune. Soulignons que les demandes d'expertise pour des enfants sont rares même si leur fréquence augmente ces dernières années, faute entre autres de trouver aisément des plages de consultation en pratique libérale ou en structure étatisée (résidentielle ou ambulatoire). Quels sont les éléments symptomatiques qui amènent ici un magistrat à demander une expertise ? L'enfant est de plus en plus difficile. Agée de sept ans, Alicia fait preuve de violence à l'école; elle mord, frappe et menace son entourage avec les objets qui lui tombent sous la main. Outre ses difficultés de socialisation, elle présente un trouble des conduites alimentaires ; elle a développé une sélectivité pour les aliments et mange de moins en moins. À domicile, elle est animée d'une jalousie extrême envers sa sœur au point où elle tente régulièrement de l'étrangler. Alicia a une sœur aînée Jessica âgée de neuf ans et un frère Pierre, treize ans, issu d'une première union de la mère. Cette première entrevue montre une enfant calme, en retrait, recourbée sur une chaise. Petit à petit, un dialogue s'établit de manière posée et réfléchi. Le discours est cohérent, structuré et les propos sont congruents aux éléments contextuels. Le regard franc, Alicia perçoit l'objet de la rencontre : « je vais aller en prison car je suis méchante ! ». Nous l'écoutons et tentons d'ouvrir un premier espace d'élaboration. Les père et mère ayant rejoint l'hôpital nous font part des multiples difficultés de leur fille qui se sont amplifiées ces deux derniers mois. Ils évoquent une présence de voix intérieures dictant les comportements violents ainsi que de possibles hallucinations visuelles

et auditives. Outre les troubles d'apprentissage (ils ont entendu parler de « dyslexie » de la part de la logopède intervenant à l'école), ils font état de l'opposition d'Alicia à l'autorité de l'enseignante, de sa violence envers ses pairs. Le père occupant ostensiblement le temps de parole retrace les prises en charge antérieures : kinésiologie (à raison de trois séances mensuelles durant dix mois), homéopathie et ostéopathie. Aujourd'hui, estimant avoir rempli son devoir de parent, il demande avec insistance une hospitalisation de sa fille en structure fermée : « vous comprenez, je dois sauver la famille. Si un fruit est pourri, il faut l'écartier des autres avant qu'il ne les contamine ! ». La mère, les yeux baissés, le corps recroquevillé, laisse Monsieur exposer son analyse de la situation d'Alicia. Elle acquiesce sans (pouvoir) répondre à nos invitations à donner son point de vue personnel. Lors de la rencontre familiale (toujours dans le cadre de l'expertise), nous percevons les tensions durement contenues et l'étroite marge de manœuvre dont nous disposons. Infirmant la nécessité d'orienter l'enfant en structure résidentielle fermée, ne bénéficiant d'aucune possibilité interne d'hospitalisation pédopsychiatrique, nous explorons les opportunités au sein du réseau socio-familial tout en proposant une prise en charge ambulatoire par nos soins. En effet, il ne nous apparaît guère opportun de remettre les protagonistes concernés sous le même toit au sortir de ces entretiens de crise. De plus, manquant de disponibilité, nous n'avons pas l'occasion de rencontrer les frère et sœur de l'enfant en question. Ce n'est pas sans heurt que nous parvenons in fine à l'accord d'un hébergement provisoire d'Alicia chez un oncle maternel.

Les autorités judiciaires marquent leur accord pour notre proposition de prise en charge sans l'activation d'une mise en observation de l'enfant en structure fermée. Nous invitons la famille à respecter une période susceptible de faciliter la compréhension de la symptomatologie de l'enfant en question. Après l'urgence, le deuxième temps est scindé par un relatif apaisement qui nous autorise à faire la connaissance de Pierre et de Jessica. Autant la cadette n'hésite pas à s'exprimer dans le registre de la confrontation, autant les deux autres membres de la fratrie se montrent discrets et réservés, se retranchant derrière quelques « je ne sais pas... » face à d'apparentes simples interrogations. De leur côté, les parents n'amènent guère d'éléments complémentaires, le père toujours animé de son désir d'une hospitalisation pour sa dernière fille. Lors d'un entretien individuel, la mère décrit à cœur ouvert sa fille : « elle a son caractère ! Elle a toujours été très vive, joyeuse et câline. Elle est très attachée à moi. Depuis deux ans, la situation s'est aggravée ; elle est devenue agressive avec tout le monde... ». C'est Alicia qui ouvre une voie de lecture lorsqu'en mettant en scène des marionnettes elle évoque de la violence à domicile... violence agie par le « papa-ours ». A partir de plusieurs rencontres individuelles avec l'enfant, se construit l'hypothèse d'une dynamique familiale avec violence conjugale. Il semble qu'Alicia ait énoncé sa propre souffrance et son impuissance en reproduisant (identification) les passages à l'acte de l'agresseur. En poursuivant les entretiens sous différents formats (individuel, de couple, de fratrie, de famille), nous retenons cette conviction non sans interpellier d'abord la mère sur les issues envisageables. S'effondrant, reconnaissant l'échec de ses tentatives pour se libérer de l'emprise de son mari, elle demande notre aide.

Nous entamons alors une troisième phase dans la prise en charge marquée cette fois par la crise. Madame accepte l'interpellation des autorités judiciaires dans la perspective d'une protection des enfants et de sa personne. Le magistrat nous assurant de la mise en place des mesures protectionnelles, nous rencontrerons le père pour lui signifier la nouvelle orientation du suivi. En colère et menaçant, il mettra fin au bref entretien pour disparaître en quelques heures à l'étranger non sans repasser préalablement à domicile pour violenter et la mère et les enfants. Les forces de l'ordre arriveront sans tarder ne pouvant toutefois intercepter le père... C'est dans une ambiance d'angoisses massives, de peurs quotidiennes intenses que nous continuerons les rencontres thérapeutiques privilégiant en cette période de crise les séances

familiales. Il y a lieu en effet de veiller aux portées du trauma collectif complémentirement aux aspects personnels, au parcours de chacun. Progressivement, Alicia (re)trouvera une certaine sérénité se traduisant par un apaisement de son comportement tant à l'école qu'à la maison. A ce jour, l'accompagnement thérapeutique est toujours en cours...

III. Considérations générales

- Afin d'alimenter nos réflexions, relevons plusieurs aspects à considérer lorsqu'on est amené à rencontrer un enfant difficile en rappelant les quatre plans indispensables à l'enfant pour grandir et s'épanouir le plus harmonieusement possible. Les besoins primaires concernent l'intégrité physique à travers les soins variés et multiples tels que la bienveillance à l'égard du corps, l'alimentation, la protection, la prévention,... Le deuxième volet est constitué par les dimensions de sécurité, qu'elle soit matérielle ou affective, marquées par des notions telles que la stabilité, la régularité, la cohérence, dont l'environnement socio-familial se dote au bénéfice de l'enfant. Le besoin de limites représente le troisième axe traduisant l'importance que le jeune sujet rencontre des adultes qui, de manière ferme et chaleureuse, tracent et énoncent une ligne de démarcation basée sur le principe de réalité, contenant tant les élans pulsionnels que les désirs qui en émergent. Enfin, le besoin de reconnaissance renvoie à cette nécessité pour tout individu d'être reconnu comme aimable, en étant écouté, valorisé, encouragé, ceci pour s'estimer, se réaliser et trouver sa place au sein d'une société donnée. Rappelons aussi que participer en tant que parents à l'éducation d'un enfant, à quelque niveau que ce soit, consiste à progresser sans cesse vers un idéal à atteindre qui recule à mesure qu'on avance vers lui. C'est in fine, pour reprendre la conception de Winnicott, accepter de devenir des parents « suffisamment bons » ou en d'autres termes « bons mais pas trop ». Aborder l'accompagnement de l'enfant difficile se conçoit en conservant en toile de fond ces différents registres de besoins élémentaires qui concernent tant le jeune individu en question que les adultes qui gravitent autour de lui. Dans la suite, il y a lieu d'évoquer la manière dont les sociétés actuelles pensent le mineur d'âge.

- L'enfant est aujourd'hui sujet et objet du droit. Bien précieux et denrée rare, il est espéré, attendu, souvent protégé, parfois adulé, régulièrement idéalisé, comparativement au jeune individu qui pendant des siècles n'a bénéficié d'aucun statut et était livré à de multiples contraintes quand il n'était pas maltraité. Au-delà de ces avancées réelles, des risques existent encore et ce sous différentes formes. Enfant de désirs toujours plus planifiés, il n'est pas nécessairement respecté dans sa subjectivité propre. Il peut occuper diverses fonctions dommageables à son épanouissement. Ainsi, il arrive qu'il serve de surface de projection des angoisses et frustrations des adultes, qu'il soit parentifié, qu'il existe par délégation et être emporté par exemple dans un syndrome de Münchhausen par procuration (de Becker, 2010). Dans d'autres cas de figure, il arrive que le jeune devienne un « médicament » pour un de ses parents non sans se mettre lui-même en mal-être physique ou psychique. Le symptôme de l'enfant peut alors traduire l'expression de la souffrance de l'adulte, le jeune individu s'appropriant la détresse morale du parent. Soulignons que la période de latence, temps de consolidation de l'instance surmoïque et de l'Idéal du Moi, est susceptible d'être bouleversée par des mécanismes d'idéalisation parentale massifs, inopportuns, intrusifs. Attendre de l'autre la perfection enferme celui-ci dans une trajectoire délétère d'autant quand il s'agit d'une relation de dépendance affective et de filiation et que le sujet traverse un temps essentiel de construction identitaire. Ainsi, combien n'entendons-nous pas de parents attendre de leur enfant qu'il soit performant au niveau scolaire, sportif, social, culturel...et même dans les loisirs ! Certes, nombre d'adultes se sacrifient et aménagent leur vie au bénéfice d'un enfant ou du moins d'un idéal. La culture de la réussite et la place de l'enfant idéalisé sont vraisemblablement liées aux impacts socio-économiques, à la crise qui touche nos sociétés ces

dernières décennies. L'insécurité ambiante entre autres sur le plan du travail renforce chez les parents une préoccupation qui rigidifie leurs attentes à l'égard de leur progéniture. Le culte de la réussite a des répercussions dévastatrices sur l'enfant et les liens d'attachement. Dès l'entrée à l'école, l'enfant est attendu à des performances au point où ses premiers résultats semblent prédire son avenir scolaire et professionnel (Delion, 2019). On constate dès lors le danger d'une fracture entre l'enfant réel avec ses manques mais aussi ses potentialités et l'enfant tellement idéalisé par l'entourage. Mis sous pression, l'enfant doit réaliser les idéaux parentaux, devenir la fierté et le prolongement des adultes et réussir là où ceux-ci n'ont pu aller. L'enfance constitue par essence l'âge de la découverte, de l'expérimentation par le jeu, la détente, l'ennui, moments de grande mobilisation de l'intelligence. Combattre à tout crin l'échec et transformer toute activité en recherche de performance et de réussite ne peut que réduire les dimensions de la créativité et générer angoisses voire dépression. L'exercice ludique est un moteur développemental du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, possédant une force sublimatoire pour les processus vitaux. Or, la culture ambiante de la réussite pourrait laisser penser que le jeu est du temps perdu. Jouer permet des représentations constituant des matériaux psychiques et corporels pour les apprentissages. Le jeu est également support de communication et régulateur des échanges affectifs. Par le jeu, l'enfant se construit.

- Aujourd'hui, il n'est pas rare que l'enfant rencontre des changements de configuration au niveau de sa terre d'ancrage premier, sa famille. Ces modifications impliquent nécessairement des pertes, de l'instabilité, de l'inconstance, générant à tout le moins de l'angoisse. Aucune séparation familiale ne peut être banalisée tant l'enfant est confronté à une césure dans ses repères, son parcours et son histoire. De nombreuses familles connaissent une discontinuité dans le décours de leur évolution scandée par des ruptures et les éventuelles recompositions qui s'en suivent. Un aspect parmi d'autres mérite notre attention, celui de l'autorité parentale conjointe. Le législateur a souhaité donner à l'enfant la possibilité d'entretenir des liens avec chacun de ses parents dans une certaine continuité, ceux-ci étant invités à former une équipe parentale solidaire et cohérente. Si l'autorité parentale conjointe est exercée de manière intelligente, elle autorise l'enfant à développer une « bisexualité psychique » tempérée ou, en d'autres termes, une potentialité d'exercer un jour les fonctions paternelle et maternelle quel que soit le sexe de l'enfant (Delion, 2019). Toutefois, certains couples se séparent sur le mode conflictuel pouvant maintenir une haine tenace dans leurs interactions. Et l'enfant se retrouve au centre des élans agressifs, verbaux voire physiques. On voit alors apparaître dans le chef du jeune individu les enjeux du conflit de loyauté. Parfois, des situations dites d'aliénation et leurs répercussions tant judiciaires que psycho-affectives et sociales enlèvent l'ensemble des protagonistes impliqués dans des phénomènes hautement dommageables. Dans certains cas, la haine est à ce point absolue que c'est la destruction totale de l'autre qui est recherchée par tous les moyens. Dans ces tableaux, l'enfant risque de ne pas pouvoir intérioriser les lois fondamentales du fonctionnement familial, sociétal. Le tiers est balayé par l'adulte comme si l'enfant était issu du désir d'un seul parent, la triangulation n'étant plus envisagée.

- Dans la suite de ces considérations, un autre élément dont il faut tenir compte concerne la place du père et son affaiblissement. Divers auteurs tel Lebrun évoquent le phénomène du « fading paternel » (Lebrun, 2012). Certes, le père a pendant trop longtemps exercé son autorité de manière autoritaire et solitaire. Le XX^{ème} siècle a marqué un changement radical dans les mentalités et la manière d'être des parents. Des mouvements égalitaires ont conduit à un réajustement légitime et nécessaire dans les dynamiques de couple et de famille. Cependant, nous rencontrons beaucoup d'enfants qui évoluent en structure familiale monoparentale où les possibilités de tiercéisation symbolisante ne sont plus respectées. Quand le modèle triadique n'est pas présent, on risque de voir apparaître des relations trop rapprochées voire fusionnelles entre un enfant et un parent. L'intériorisation du principe de réalité s'oppose au désir parental

de combler tous les élans de l'enfant. Une relation duelle sans tiers symbolique et réel constitue le terreau de nombre de situations d'enfants difficiles et tyranniques (Lebrun, 2017). A un moment, et certainement à l'âge de latence, émerge la menace d'un renversement dans les positions et rôles au sein de la relation intrafamiliale; il y a basculement de l'enfant tyran vers l'enfant maltraité lorsque l'adulte démuni et dépassé ne peut opposer à la tyrannie que sa propre agressivité.

- Le dernier aspect concerne les rapports aux écrans tant de la part des enfants que des adultes. Toute innovation dispose de potentialités et d'inconvénients. Il en est ainsi pour l'ensemble des différents outils modernes et leur incroyable fonctionnalité dont on dispose aujourd'hui. Arrêtons-nous un instant sur leur part d'aléas en lien avec nos réflexions. L'écran détient une capacité puissante d'obturer le manque non seulement pour l'enfant mais également pour le parent quand celui-ci est rivé sur son ordinateur. Et la dimension de l'ennui évoquée plus haut n'a plus de raison d'être. De plus, la composante addictive dans le lien à l'écran n'est vraisemblablement pas négligeable. Celui-ci peut aussi devenir un équivalent d'une relation hyper-stimulante voire intrusive. Or, un adulte capté lui-même par l'écran n'a pas la disponibilité pour la mise en place du dialogue narratif nécessaire au développement de l'enfant. Parmi les cliniciens de l'enfance, d'aucuns s'accordent pour penser que l'offre des écrans ne contient en général pas d'apport majeur durant les premières années de la vie de l'enfant. Ce dernier doit pouvoir éveiller tous ses sens par son approche sensorimotrice, en mettant en bouche, en touchant, en manipulant, en explorant,... Cette modalité expérientielle constitue un préalable à l'appréhension virtuelle du monde. Concrètement, pour pouvoir empiler des cubes sur le smartphone parental, le jeune enfant, s'appuyant sur ses prérequis, réalise l'expérience avec des blocs réels issus de la réalité tangible. L'accession à la troisième dimension passe inexorablement par une acquisition du monde à deux dimensions. Il est également important que l'enfant aidé de son parent accepte l'idée du vide, de l'ennui, de l'absence. La capacité d'être seul avec soi-même ouvre le monde de la pensée, disposition autorisant un maximum de libre-arbitre, éloignant l'avidité de consommation et l'activisme effréné, marques de nos sociétés. C'est à l'âge de latence que la notion d'autonomisation, cette habileté à pouvoir (se)-réaliser sans en référer constamment à l'autre, s'arrime au caractère de l'enfant. Pour peu qu'il soit relativement indépendant et libre, l'adulte accompagne le jeune individu dans l'appropriation de la souffrance liée à la frustration, à la désillusion, à la limite. L'écran peut constituer un leurre entraînant enfant et parent(s) dans une satisfaction de « traverser » par le biais d'objets externes qui ne peuvent authentiquement apaiser étant donné que le manque est structurellement inscrit dans l'humain. Si aujourd'hui les écrans, multiples et variés, s'invitent partout et offrent les facultés d'ubiquité et d'instantanéité, il s'avère primordial que le parent garde la main sur la technologie, privilégiant le dialogue et la co-construction d'activités partagées, ceci dans l'attention des besoins du jeune individu. Soulignons enfin que les capacités de concentration et de réflexion peuvent être détournées par une utilisation abusive de l'écran au profit d'une multitude de sollicitations continuellement reproduites.

IV. Discussion

- Un savoir ne se concevant jamais de manière totalitaire, il est rare qu'une appréhension médicale stricte d'un symptôme puisse lever rapidement celui-ci. Dans toute démarche évaluative, il y a lieu d'aborder le récit de l'autre, par exemple du parent, en sachant que l'information est par essence parcellaire, lacunaire voire fantaisiste tout en étant pourvu d'une raison d'être et d'un sens parfois caché. Le clinicien est alors attendu d'accepter de supporter une part d'ignorance, de ne pas comprendre du moins pendant un certain temps. Le discours du patient ne peut prendre place que sur la plage disponible laissée par le manque du côté du

professionnel. Rappelons aussi que dans les modes de compréhension des manifestations cliniques, à côté d'une conception monocausale linéaire, on retient habituellement trois variantes de la causalité multiple. Le modèle d'effet principal met en évidence l'influence de la constitution et du milieu sur le développement de l'individu indépendamment l'un de l'autre. Le modèle d'interactions traduit la réalisation d'un processus par plusieurs facteurs indépendants qui le produisent ensemble, facteurs intervenant dans une causalité en chaîne ou dans une relation de somation. Enfin, le modèle transactionnel signifie la présence de plusieurs facteurs en interdépendance et en lien avec l'état du moment du sujet, les causes se modifiant corollairement au fait que le sujet se transforme continuellement. Dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant, nous assistons le plus souvent à des modèles de compréhension transactionnelle. Envisageons centralement ce qu'il en est pour l'enfant difficile à l'âge de latence.

- Qu'il soit professionnel de l'enfance ou parent, l'adulte attend de l'enfant ayant atteint l'âge de latence retenue et raison. Freud situe les repères chronologiques de cette période de la fin de la cinquième année aux premières manifestations de la puberté (Freud, 1905). Des processus tels le refoulement et la sublimation se développent largement à cet âge (Denis, 2011). Se constituent aussi les forces qui plus tard feront barrage aux pulsions sexuelles et, telles des digues, limiteront et resserreront leur cours. Par ailleurs, la socialisation, consistant à pouvoir nouer du lien social, s'étoffe à partir de l'intégration de notions comme l'altérité, la réciprocité, la différenciation. L'enfant difficile à l'âge de latence confronte l'adulte dont les représentations sont ébranlées certainement lorsqu'il s'agit d'une fille. En effet, nos mentalités estiment encore que les troubles externalisés du comportement touchent essentiellement les garçons. Or la réalité dément cette impression quand bien même le sexe masculin recourt facilement à l'agir en cas de frustration ou de déception. Aujourd'hui force est de constater combien les filles n'hésitent pas à s'exprimer par la motricité et les positionnements bruyants voire excessifs. Dans l'accompagnement de ces enfants difficiles et de leur entourage, nous proposons de respecter un temps préalable pour évaluer.

- L'évaluation tente de comprendre. La démarche consiste à appréhender la fonction des symptômes, la souffrance de l'enfant dans sa trajectoire neuro-psycho-développementale afin d'engager un accompagnement d'aide et de soins adapté. Derrière le terme d'enfant difficile, se découvre habituellement une grande souffrance psychique plus ou moins reconnue. L'évaluation porte sur l'enfant en question dans ses dimensions cognitive, affective, relationnelle ainsi que sur l'entourage socio-familial. Loin de s'arrêter à une lecture synchronique des difficultés, le clinicien gagne à tenir compte de leur propriété diachronique dans une perspective d'historisation. L'entité « enfant difficile » se décline en fonction des éléments structuraux et contextuels en présence, de leur portée signifiante. Ainsi, par exemple, deux tableaux tels un trouble du spectre autistique avec grandes défaillances cognitives et une intolérance à la frustration par absence de limites posées par les tiers, peuvent engendrer un enfant adoptant les mêmes comportements difficiles. L'approche évaluative et en conséquence la phase de traitement bénéficieront d'une démarche discriminative rigoureuse afin d'ajuster au mieux les attitudes thérapeutiques. Derrière tout symptôme, les sens et fonctions sont à explorer en ouvrant le cheminement par des interrogations comme : « à quoi correspondent les difficultés comportementales de l'enfant ? Que cherche-t-il à montrer, à obtenir ? Quelles sont ses bonnes raisons de répéter ce comportement ?... ». Il est aisé de relier les difficultés à d'éventuelles défaillances parentales ; nous avons tous connaissance de familles affectées par leur manque de fermeté, de clarté, de constance dans les messages adressés à l'enfant, ou des systèmes dans lesquels règnent confusion et chaos. Mais on est perplexe quand on observe un comportement difficile chez un enfant alors que ses frère et sœur ne le manifestent pas. Ceci étant, on remarque que les

comportements difficiles ont tendance à se retrouver au sein des mêmes familles. Il existe, semble-t-il, un lien entre le trouble de personnalité antisociale de l'adulte et le trouble des conduites de l'enfant. Ce lien ne dépend pas du niveau de contact entre le parent et l'enfant, étant donné qu'il s'observe même lorsque l'adulte et le jeune n'habitent pas ensemble. Ce constat remettrait en question une explication socio-comportementale de la transmission intergénérationnelle (Dumas, 2014).

- Sur le plan étiologique, si on ne peut mettre de côté l'importance des facteurs génétiques, on ne peut aujourd'hui préciser ce qui serait hérité en soi ni négliger la possibilité d'une transmission environnementale des données biologiques (Caspi et al, 2002). Il y a donc lieu de prendre en compte l'environnement et l'histoire d'un jeune sujet dans lesquels les héritages prennent place en intégrant les facteurs liés à l'épigénétique. Une catégorie de situations à la prévalence importante illustre cette réalité. La maltraitance vécue dans l'enfance modifie la régulation des gènes impliqués dans la gestion du stress. Elle provoque une dérégulation du gène récepteur des glucocorticoïdes (NR3C) observée dans les cellules sanguines (Perroud et al, 2011). Cette modification entraîne une perturbation de la gestion du stress et concourt à l'apparition de tableaux psychopathologiques. Ainsi, une sécrétion importante de cortisol dès la vingtième semaine de vie in utero a des répercussions sur l'enfant. La notion de stress toxique précoce (appelé également stress psychosocial chronique), marqué par une augmentation du cortisol et de l'adrénaline engage des conséquences objectivables (diminution de la taille du cerveau) ainsi que des conséquences observables (hyperactivité à tout stimulus stressant). En franchissant la barrière hémato-méningée, le cortisol inonde l'encéphale dont le système limbique (Perroud, 2014). Les atteintes du cerveau en développement concernent des zones essentielles pour les apprentissages, les comportements d'attachement, l'intégration des émotions, la mémoire affective. Si l'état de stress perdure, on observe un épuisement de la sécrétion du cortisol, qui soutient la vigilance nécessaire pour les activités cognitives) mais le maintien du taux d'adrénaline ; l'enfant va rester sous tension (Prados et al, 2015). Le stress génère une impossibilité à tolérer la frustration et à contenir la violence. Il rend les enfants vulnérables aux événements stressants et enclins à des développements psychopathologiques ultérieurs (Weidel et al, 2017). On constatera des troubles de l'attachement de type désorganisé avec émergence d'un sentiment d'insécurité entravant la capacité d'explorer le monde. Ainsi, l'enfant évolue sous la menace d'un vécu d'intrusion entraînant des angoisses massives, l'amenant à des réponses violentes précoces sur un mode réflexe automatique. Dans un autre registre, certains facteurs de risque (tabac, alcool, malnutrition pendant la grossesse,...) ont été mis en évidence. Ces éléments pourraient jouer un rôle dans l'étiologie précédant de plusieurs années l'apparition des difficultés de l'enfant. Il est probable qu'avec le temps les effets s'accumulent et qu'en présence d'autres facteurs de risque individuels, socio-familiaux, ils contribuent à précipiter l'émergence des troubles en question voire participent à leur aggravation. Quoiqu'il en soit, aussi passionnantes soient-elles, les études sur les données génétiques, neuropsychologiques, neurophysiologiques, psychopathologiques ne peuvent jamais faire l'objet d'une pensée linéaire cherchant à relever l'un ou l'autre facteur étiologique du comportement difficile. Les éléments n'agissant jamais seuls ni à sens unique, il y a lieu d'intégrer des variables comme la qualité des interactions entre le sujet et son environnement, le contexte social, la dynamique familiale, l'éventuelle co-morbidité... (Pavlova et al, 2016).

- Les comportements difficiles trouvent aussi leurs racines dans le cœur affectif du jeune sujet. Certains d'entre eux sont massifs, impulsifs, spectaculaires tandis que d'autres sont silencieux. Rappelons combien l'enfant peut être subordonné à ses propres mécanismes défensifs. Le symptôme peut éventuellement être perçu comme écran derrière lequel l'enfant se place attendant ou espérant qu'on vienne à sa rencontre. Il arrive que l'écran se transforme

en bouclier prenant alors une valeur protectrice. Plus le clinicien tentera d'ôter ce bouclier, plus l'enfant développera une force d'agrippement, persuadé que seul celui-ci le protégera. Par ailleurs, l'enfant de cinq ans peut se sentir libre de se représenter et de réaliser une opposition ferme, le clinicien observant une excitation à « démonter » le système des adultes en corollaire à une absence apparente de censure interne. Le comportement difficile semble gratuit, faisant écho à des fonctions de jugement moral et de discernement peu opérantes. Dans ces cas de figure, l'autorité est vécue comme un danger dont il faut se prémunir, qu'il y a lieu de déjouer. Le mécanisme de refoulement des assignations sociales interdictives introjectées est alors puissamment agi (Lemay, 2015). Tous les enfants ne sont pas dans un registre aussi clairement défini, la plupart connaissant l'ambivalence. Plus réactifs et réactionnels que réellement libres, ils se défendent face à certaines menaces, comme celle d'être agressé, mais également face à l'angoisse, la carence affective et la dépression. Soulignons que nombre d'enfants déprimés expriment leur désespoir en projetant celui-ci avec et par l'opposition ; il s'agit de combattre les affects dépressifs. Le cas échéant, l'enfant agresse l'adulte perçu soit comme responsable de l'état dans lequel il se trouve, soit comme impuissant face à sa détresse (Hayez, 2001) On rencontre aussi des enfants difficiles voire agressifs masquant leur vécu de victimisation (harcèlement, enfant bouc-émissaire,...). D'autres enfants difficiles ont grandi dans un environnement peu favorable sur le plan affectif et/ou au niveau de l'éducation en général. Peu outillés et peu soutenus, ils cherchent, en s'opposant, à construire des limites de leur Moi menacé.

- Un autre plan à considérer concerne les facteurs socio-familiaux. Ainsi, un contexte relationnel perturbé dès les premières années de la vie de l'enfant présente une probabilité importante de voir se développer ultérieurement un comportement difficile. Sans être exhaustifs, relevons l'attachement insécure de type désorganisé, une fonction d'autorité parentale démissionnaire, incohérente ou inconstante, des échanges réciproques parents-enfants s'exprimant de manière coercitive et donnant peu la possibilité à des expressions positives affectueuses. On peut aussi rencontrer des fonctionnements familiaux pauvres en modèle de socialisation, imprégnés par le matérialisme ou favorisant les transgressions, stimulant un désaveu radical des lois humaines, jouissant de l'anarchie et du pouvoir destructeur que l'enfant peut manifester. Certaines dynamiques familiales créent chez l'enfant un sentiment de solitude voire de non-existence entraînant un désir de vengeance chez ce dernier. Il n'est pas rare de constater l'encouragement d'expressions hostiles dès le plus jeune âge que ce soit de la part des garçons que des filles. Le parent développe un mécanisme d'identification, admiratif qu'il est de la puissance manifestée par le jeune enfant affrontant le cadre dans lequel il évolue (par exemple, à l'école). Bien des éléments interviennent encore au niveau social et familial comme les conflits conjugaux, les troubles psychopathologiques dans le chef des parents, l'isolement social, la précarité... Et on ne peut omettre les facteurs culturels et sociétaux. Notons que les enfants sont aujourd'hui exposés à un niveau élevé de violence au travers des médias et des nouvelles technologies. Cette violence médiatisée a le potentiel de désensibiliser par le biais d'effets tels la stimulation, la provocation, la justification, la victimisation. Si ceux-ci paraissent modestes sur le plan individuel, beaucoup d'enfants vivent quotidiennement une violence médiatisée à tel point que celle-ci a probablement des retentissements considérables à l'échelle sociale (Berger, 2006). Et cet impact est d'autant plus grave qu'il est largement inconscient. Toujours au niveau du contexte socio-familial, on peut s'arrêter aux négligences et maltraitances comme facteurs environnementaux précipitant les comportements difficiles. L'enfant qui grandit dans des fonctionnements familiaux marqués par la transgression introjecte cette manière d'être au monde. Par négligence, on entend le défaut de préoccupation à l'égard de l'enfant par un manque récurrent de respect de ses besoins élémentaires. L'enfant évoluant dans un système imprégné de confusion, traversé par le terrorisme parental, sans repères, sans limites et sans

écoute, souvent non considéré comme sujet à part entière, a tendance à reproduire les types d'interactions de son milieu. S'il s'identifie à un membre de sa famille, il peut aussi s'opposer dans le secret espoir d'attirer l'attention ou de ressentir le sentiment d'exister. Il est évident que les comportements difficiles ne prennent pas naissance exclusivement dans des contextes négligents ou maltraitants. Les aspects de l'autorité doivent être centralement abordés car ils définissent les attitudes de l'enfant dans les contextes intra et extrafamiliaux. Vaste question qui demande d'analyser des notions comme les rapports générationnels, les règles, les limites, les sanctions... Ainsi par exemple, des parents ayant incorporé des concepts comme « il est interdit d'interdire » ou redoutant de « casser leur Mozart ou Einstein en herbe » construisent le terrain propice à des comportements difficiles chez l'enfant, par le fait d'éviter de poser un cadre structurant et rassurant (de Becker, 2010). Les manifestations du jeune sont à comprendre comme une recherche de structure parentale, limitante et assurant une fonction de « pare-angoisse ». On observe alors le risque de voir des parents osciller entre le « laisser-faire » et la réaction violente en retour. Un autre cas de figure concerne les comportements d'enfants confrontés aux séparations parentales. Ici, ce n'est pas tant l'intensité des conflits persistant après la séparation que les disqualifications réciproques parfois subtiles dans lesquelles les individus évoluent qui sont pathogènes (de Becker, 2019). On constate alors une entreprise d'annulation de l'autorité de l'autre parent, incitant l'enfant à s'y confronter systématiquement. Celui-ci « joue le jeu », par angoisse, par peur de représailles, par loyauté ou encore par excitation et sentiment de toute-puissance. Ces états installés dans le temps constituent un motif fréquent de consultation.

- Dans la suite, l'accompagnement de l'enfant et de son entourage repose sur les notions de cadre, d'aide et de soins thérapeutiques. Épinglons quelques éléments spécifiques à la problématique évoquée. Un premier aspect concerne la demande (et la non-demande) de consultation. Celle-ci, si elle est sollicitée d'habitude par le(s) parent(s), a rarement une raison d'exister aux yeux de l'enfant. Amené, parfois de force, à la séance, celui-ci confirme par son attitude générale les propos parentaux à son encontre ; l'enfant, lui, confie qu'il ne connaît personnellement aucune difficulté et que, s'il y a « un problème », c'est au niveau des adultes qu'il se situe. L'établissement d'un lien transférentiel suffisamment fort pour un accompagnement à la portée signifiante et opérante se révèle être un réel tour de force pour le clinicien (Hayez, de Becker, 2010). La métaphore du funambule en recherche constante d'équilibre traduit la délicate position du professionnel qui oscille entre deux pôles, en approchant le vécu d'un protagoniste avec le risque d'être perçu comme distant ou rejetant par l'autre, et ceci réciproquement. Idéalement, nous veillons à travailler en co-thérapie quand le cadre et les moyens l'autorisent. Quant à l'approche psychopharmacologique, on peut penser y recourir quand l'évaluation pédopsychiatrique a montré l'intérêt de celle-ci. La psychothérapie demeure l'axe central pour l'accompagnement de l'enfant difficile. Le clinicien se réfère à des médias en fonction de la problématique de l'enfant, de son mode de fonctionnement psychique et relationnel. Il n'est pas rare que le jeune individu ne s'ouvre guère à l'idée de la rencontre l'invitant au questionnement, se protégeant de l'angoisse, d'une éventuelle culpabilité ou encore de l'anticipation d'un rejet parental à son égard : « Ils ne m'aiment pas ... c'est normal que je refuse de leur obéir ! ». Nous préconisons de compléter la thérapie individuelle de l'enfant par un espace destiné aux parents, espace pouvant prendre la forme d'une guidance parentale ou d'une psychothérapie proprement dite (Roskam et al, 2007). Devrait y être abordée la question de l'autorité. Derrière cette notion, bien des aspects sont discutés : « comment chaque parent a construit, à partir de son histoire personnelle, la notion d'autorité ?... comment il conçoit l'appliquer correctement aujourd'hui ? ... comment il perçoit et réalise l'autorité parentale conjointe, que ce soit en famille nucléaire ou en cas de séparation... » Il est essentiel que l'enfant rencontre une fonction limitante qui n'émerge pas subitement au cours de sa deuxième ou troisième année de vie. Elle intervient tout au long du

développement à l'occasion des castrations dites symboligènes. Parvenir à dire non à l'enfant et à assurer une fonction limitante renvoie les adultes à leur propre enfance. Comment eux-mêmes se sont-ils débrouillés avec leurs désirs soumis au principe de réalité ? Comment assument-ils le non si nécessaire à l'enfant et qui suscite frustration, colère, tristesse, autant d'élans susceptibles de mettre les parents en difficulté ? Il est aussi nécessaire que des séances réunissant enfants et parents voire fratrie puissent avoir lieu, le cas échéant dans la perspective d'une thérapie familiale. En complément, il peut être utile de renforcer l'accompagnement par la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire à visée psychoéducative, se rendant par exemple au domicile familial. L'axe éducatif, se référant aux thérapies cognitivo-comportementales interrogeant et modifiant les comportements, apporte des éléments concrets pertinents (Roskam et al, 2017). Soulignons qu'il n'est pas équivalent de se doter des moyens de se donner de comprendre un comportement dans une économie psychique générale articulant symptômes et possibles structures psychopathologiques sous-jacentes et accompagnement pragmatique misant sur le déconditionnement et l'apprentissage d'attitudes socialement adéquates. Ceci étant, le clinicien lui-même peut s'enquérir auprès de l'enfant des aménagements susceptibles d'être réalisés. Vient enfin le plan sociétal dans lequel nous vivons tous. Si des initiatives privées ou publiques mettent en exergue des notions comme le respect et la responsabilité de chacun, on doit déplorer, à côté, de multiples incitants privilégiant l'individualisme et le matérialisme. Ces messages sociaux n'encouragent guère les familles à structurer avec bienveillance les relations entre adultes et enfants. Nous sommes invités, en tant que cliniciens, à nous positionner, peut-être au-delà d'une seule écoute, sur ces questions d'autorité dont le concept a grandement évolué. Loin de prôner un retour « d'anciens régimes », nous pensons que le temps est venu pour repenser les types de liens dans lesquels l'autorité a nécessairement une place, une autorité suffisamment ferme et accueillante, soutenant l'enfant dans son épanouissement (Roskam, 2013). Pour assurer une prévention primaire et « prévenante », pour reprendre le terme de Delion, il y a lieu de penser les institutions qui accueillent les enfants tout au long de leur existence sans négliger les lieux de vie associative, culturelle, sportive (Delion, 2019). Plus, nous serons attentifs aux institutions et aux professionnels au service des enfants, que ce soit pour leur scolarisation, leur développement, leur aide, leur traitement, plus nous nous autoriserons à prendre soin du jeune individu.

V. Conclusion

Les comportements difficiles occupent une place importante dans les motifs de consultation et d'inquiétudes à la fois par leur prévalence et leur caractère « bruyant ». De tout temps, certains jeunes se sont opposés à l'autorité ou aux règles sociales par des comportements difficiles voire agressifs. D'ailleurs, les troubles du comportement ont été les premiers à avoir été décrits dans les travaux de psychopathologie de l'enfant. Ainsi, au XIX^{ème} siècle, Moreau de Tours estimait: « Nous avons tous connu de ces enfants qui font le désespoir de leurs parents par leur indocilité, l'emportement de leurs petites passions, l'inertie ou la violence qu'ils opposent à toute discipline, dont on a toutes les peines du monde à faire fléchir la volonté par des punitions ou des récompenses, dont on peut faire des hypocrites, mais qui au fond ne se corrigent jamais. » (Moreau de Tours, 1888, p 291). Dès les premières années de la vie, l'enfant est amené à apprendre d'une part à respecter les droits d'autrui et à se conformer aux normes sociales et culturelles de son environnement et d'autre part à accommoder sa conflictualité en privilégiant la collaboration plutôt que l'opposition. L'opposition marque une étape vitale dans le développement du sujet. S'opposer participe à la construction identitaire pour autant que le jeune enfant rencontre un tiers le remettant à une juste place. Le comportement difficile de l'enfant à l'âge de latence interroge de nombreux paramètres tant sur le plan du fonctionnement psychique de l'individu concerné qu'au niveau

relationnel. Par ailleurs, ce cortège symptomatologique vient questionner les valeurs sociétales, dont, entre autres, la notion d'autorité (Marcelli, 2009). Ainsi, ces difficultés habituellement tenaces demandent une prise en charge adéquate et une réflexion la plus large possible sur les relations à l'intérieur des familles et dans notre société en général. Quoiqu'il en soit, un enfant difficile a toujours quelque chose à nous dire...

Bibliographie

Adler A. (2006) « L'enfant difficile » Essai, Poche, Payot.

Arbisio-Lesourd C. (1997) « L'enfant de la période de latence » Dunod.

Berger M. (2006) « Voulons-nous des enfants barbares ? » Masson.

Caspi A. McClay J.; Moffitt TE. Mill J., Martin J. Craig IW, Taylor A. ; Poulton R. (2002) « Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children ». Science, 2, 297 (5582) : 851-4.

de Becker E. (2010) « Les troubles oppositionnels chez l'enfant » Psychothérapies, Vol. 30, N°3, 123-133.

de Becker E. (2010) « Le parent inducteur de syndrome de Münchhausen par procuration : mise en perspective psychopathologique » Perspectives Psychiatriques, Vol. 49, 4, 305-315.

de Becker E. (2019) « L'enfant pris dans les violences conjugales » Neurone [à paraître].

Delion P. (2008) « Tout ne se joue pas avant 3 ans » Albin Michel.

Delion P. (2019) « L'enfant difficile » Yapaka, Temps d'Arrêt, Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Denis P. (2011) « La période dite de latence. De l'âge bête. La période de latence », Presses Universitaires de France.

Dumas J-E. (2014) « Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent » De Boeck.

Freud S. (1905) « Trois essais sur la théorie sexuelle », coll. Petite Bibliothèque [2014], Payot.

Hayez J-Y. (2001) « La destructivité chez l'enfant et l'adolescent » Dunod.

Hayez J-Y, de Becker E. (2010) « La parole de l'enfant en souffrance: Accueillir, évaluer, accompagner » Dunod.

Lebrun J P (2012) « Les désarrois nouveaux du sujet » Erès.

Lebrun J P et les accueillants du Jardin couvert (2017) « Une parole pour grandir: Suivi de Oedipe empêché » Erès Toulouse.

Lemay M. (2015) « Forces et souffrances psychiques de l'enfant, les aléas du développement infantile » Toulouse, Erès.

Marcelli D. (2009) « Il est permis d'obéir: L'obéissance n'est pas la soumission » Albin Michel.

Moreau de Tours P. (1888) « La folie chez les enfants » Paris, Lib. J.B. Baillière.

Pavlova B, Perroud NA, Cordera P, Uher R, Dayer A, Aubry J-M. (2016) « Childhood maltreatment and comorbid anxiety in people with bipolar disorder » *Journal of Affective Disorders*, 192:22-27.

Perroud NA, Giacobino A, Prada PB, Olié E, Salzmann A, Nicastro R, Guillaume S, Mouthon-Mermoud D (2011) « Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma ». *Translational Psychiatry*;1:e59.

Perroud NA, Dayer A, Piguet C, Nallet A, Favre S, Malafosse A, Aubry J-M. (2014) « Childhood maltreatment and methylation of the glucocorticoid receptor gene NR3C1 in bipolar disorder ». *British Journal of Psychiatry*;204(1):30-35.

Prados J, Stenz L, Courtet P, Prada PB, Nicastro R, Adouan W, Guillaume S, Olié E (2015) « Borderline personality disorder and childhood maltreatment: a genome-wide methylation analysis ». *Genes, Brain and Behavior*;14(2):177-88.

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

Roskam I. (2013) « Mon enfant est insupportable ! Comprendre les enfants difficiles » Mardaga.

Roskam I., Nader-Grosbois N., Noël M-P, Schelstraete M-A. (2017) « La prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant ». *Manuel à l'usage des praticiens* Mardaga.

Weibel S, Vidal S, Olié E, Hasler R, Torriani CG, Prada PB, Courtet P, Guillaume S (2017) « Impact of child maltreatment on meaning in life in psychiatric patients ». *Psychiatry Research*;251:204-211.