

Le terme d' « enfant difficile » est devenu aujourd'hui tellement banal que personne ne s'y retrouve. En effet, lorsque des parents stressés et fatigués se plaignent de leur « enfant difficile » qui montre quelques réticences à obéir mais qui va bien par ailleurs, c'est très différent d'autres parents qui, après avoir laissé leur enfant faire tout ce qu'il voulait, constatent avec regret que leur progéniture est devenue un « enfant difficile ». Et cela n'a pas grand-chose à voir avec d'autres enfants tels que les enfants autistes, anorexiques ou suicidaires présentant tous les signes de maladies pédopsychiatriques. Dans tous les cas, il s'agit d'une souffrance psychique qui amène parents et professionnels de l'enfance à parler d'« enfants difficiles », mais les problématiques sous-jacentes ne sont pas du tout identiques. Ce texte envisage les définitions et les descriptions de ces différentes formes d'enfants difficiles et se penche sur les raisons pour en comprendre la survenue plus fréquente aujourd'hui. Enfin, plusieurs pistes sont proposées au lecteur pour aider l'enfant difficile à en sortir.

Psychiatre et psychanalyste, Pierre Delion est professeur de pédopsychiatrie à la faculté de médecine de Lille et responsable du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHRU de Lille. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont « Ecouter, soigner la souffrance psychique de l'enfant » (2013, Albin Michel), et « Le développement de l'enfant expliqué aux enfants d'aujourd'hui »(2013, Erès).

yapaka.be

Coordination de l'aide  
aux victimes de maltraitance  
Secrétariat général  
Fédération Wallonie-Bruxelles  
de Belgique  
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles  
yapaka@yapaka.be



L'ENFANT DIFFICILE

PIERRE DELION

yapaka.be

74

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

## L'ENFANT DIFFICILE

*Pierre Delion*

yapaka.be

# L'enfant difficile

*Pierre Delion*

## Temps d'Arrêt / Lectures

*Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.*

**Directeur de collection :** Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

## Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

**Comité de pilotage :** François De Smet, Etienne De Maere, Nathalie Ferrard, Sophie Gallée, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Francine Roos et Juliette Vilet.

*Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.*

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.  
Juin 2014

<b>Enfant difficile, notion « fourre-tout »</b> .....	<b>5</b>
<b>La souffrance psychique</b> .....	<b>9</b>
<b>Différencier les souffrances psychiques de l'enfant</b> ....	<b>13</b>
Eva, une enfant difficile ? .....	13
Lothaire a la bougeolette .....	14
Alexis et son trouble du spectre autistique. ....	18
<b>Les enfants difficiles, des causes multiples</b> .....	<b>21</b>
Quel sens donner aux symptômes ? .....	21
Le développement de l'enfant .....	22
Les enfants difficiles en lien avec un problème éducatif ..	28
Les enfants difficiles en lien avec une pathologie pédopsychiatrique .....	30
Les modifications sociétales .....	31
<b>Aider les enfants difficiles, des approches multiples</b> ...	<b>39</b>
La fonction limitante de la toute-puissance infantile. ....	39
Les conditions de la « tenue » de la fonction limitante par les parents .....	41
Prévention prédictive ou prévention prévenante. ....	42
Penser l'institution .....	43
Promouvoir une culture du jeu .....	44
La prévention .....	45
Les traitements .....	47
Autres pistes .....	50
<b>Conclusion</b> .....	<b>53</b>
<b>Bibliographie.</b> .....	<b>57</b>

## Enfant difficile, notion « fourre-tout »

Qu'est-ce qu'un enfant difficile ? Est-ce un enfant qui bouge trop ? Un enfant qui parle sans arrêt ? Un enfant en retrait relationnel ? Un enfant angoissé ? Un enfant capricieux ? Si l'on y regarde de près, l'enfant difficile peut être chacun de ces enfants présentant différentes formes de difficultés, dont certaines sont des avatars de la norme tandis que d'autres sont de véritables pathologies pédopsychiatriques. Il est donc remarquable que les parents et la plupart des professionnels de l'enfance se plaignent aujourd'hui indifféremment de tous ces enfants difficiles alors que leurs caractéristiques recouvrent des réalités cliniques et sociétales tellement opposées. Toutefois, les enfants de nos contemporains connaissent une profonde modification des conditions de leur vie quotidienne, et partant de leur développement, modification qui peut expliquer en partie la croissance exponentielle du nombre des enfants considérés comme difficiles par leurs parents, par les professionnels de l'enfance et par beaucoup de personnes amenées à réfléchir aux grandes questions concernant l'enfance. Mais est-ce une impression dont le mal-être sociétal général fait le lit à peu de frais ? Ne s'agit-il que d'une statistique de plus destinée à inquiéter les citoyens d'aujourd'hui en les alertant sur l'avenir incertain de la société si elle continue à négliger un tel problème, ou bien plutôt d'une modification en profondeur du concept même d'enfant difficile ? Et, si oui, quelles peuvent en être les raisons ?

Par ailleurs, du côté de l'enfant, que peut bien vouloir dire cette expression ressassée sans cesse par ses parents quand ils s'adressent à lui, à leurs amis et voisins, à tous les médecins rencontrés : « C'est vraiment un enfant difficile. » ? Et quid du ton qu'ils prennent pour le dire et le redire ? Ajoutons enfin le décourage-

ment ou l'épuisement dont ils semblent parfois faire preuve à ce sujet comme si avoir un « enfant difficile » était la cause de tous leurs maux...

L'enfant du XXI<sup>e</sup> siècle est pris dans des difficultés plus intenses qu'auparavant pour beaucoup de raisons différentes, et probablement en rapport avec les avancées significatives dans sa vie quotidienne : il ne fait plus l'objet de décisions univoques du « pater familias », il ne va plus travailler à la mine, il n'est plus un objet sexuel ordinaire des proches pervers, il n'est plus une sorte d'adulte en miniature en attente de considération une fois seulement sa majorité atteinte ; bien au contraire, il est attendu, respecté, voire adulé, protégé en droit et en pratique, il est un sujet en développement dont on attend beaucoup (peut-être trop), il va à l'école de façon obligatoire jusqu'à seize ou dix-huit ans, il bénéficie de représentants multiples au plan national et international.

Bref, en un mot comme en cent, il est souvent idéalisé au point que, après avoir connu pendant des siècles un statut secondaire et avoir été l'objet de contraintes telles que la voie vers la soumission lui était toute tracée, son narcissisme subit désormais au quotidien, sans transition progressive, de rudes tensions qui ont plutôt tendance à le fragiliser en lui demandant de devenir un « enfant parfait ». Il faut savoir que les réponses de l'enfant varient considérablement en fonction de ses capacités d'adaptation. En effet, ce n'est pas pareil d'être dans la norme et ses variations acceptables que de « tomber dans » le domaine de la psychopathologie infanto-juvénile. Nous tenterons donc de séparer les enfants réputés difficiles par leurs parents exigeants de ceux qui le sont du fait de pathologies pédopsychiatriques, en passant par de multiples formes intermédiaires.

D'une part, les enfants difficiles de parents exigeants, embarqués sans le savoir dans une idéalisation sans limite de leur progéniture, ont souvent été élevés sans les limitations qu'une éducation habituelle sait imposer de façon solide. Ils peuvent présenter, de ce fait, un comportement jugé difficile par les parents. Mais

comment imputer aux seuls enfants concernés par ce type de trajectoire la responsabilité de leurs difficultés comportementales et ne pas se retourner vers les parents ? Il s'agit de réfléchir avec ces derniers, sans les culpabiliser, à ce qui a fait défaut dans l'éducation de leur enfant, à savoir, l'exercice de leur fonction limitante. Et cela afin de leur permettre de retrouver ce que la plupart d'entre eux savent intuitivement, à savoir, qu'il faut limiter un enfant, mais qu'ils n'osent pas appliquer au leur de peur de ne plus en être aimés suffisamment.

D'autre part, dans le cas d'enfants présentant des pathologies pédopsychiatriques avérées (autisme, TED/TSA, dépression, anorexie...), la question ne se présente pas de cette manière. Il convient de distinguer ces difficultés psychiques de celles qui résultent pour partie de la fragilité de la fonction parentale et de la position éducative.

Pour nous aider à distinguer ces deux scénarios fondamentalement différents, le concept de souffrance psychique semble utile. En effet, à partir des symptômes présentés par l'enfant, une démarche diagnostique peut s'engager. Celle-ci conduit le pédopsychiatre consulté à comprendre la fonction de ces signes de souffrance psychique dans la trajectoire vitale de l'enfant et à engager des soins lorsque cela s'avère nécessaire. Un diagnostic d'autisme n'a rien à voir avec celui d'un enfant qui déclenche un caprice à la moindre frustration parce qu'il a, jusqu'à ce jour, fait ce que bon lui semblait sans être limité dans ses envies par ses parents.

Aussi y-a-t-il lieu de se poser les questions suivantes : de quoi les difficultés de l'enfant difficile sont-elles le signe ? Qui peut se cacher derrière l'enfant difficile ? De quelle sorte de souffrance psychique s'agit-il ? Peut-on la réduire à une seule composante qui expliquerait la difficulté de l'enfant ? Ne doit-on pas conjuguer dans chaque cas singulier, à la lumière de ce qui vient d'être évoqué, les aspects développementaux et les aspects sociétaux pour mieux comprendre la complexité de chaque enfant difficile ?

Avant de reprendre la question générale du développement de l'enfant avec toute sa complexité, il peut être utile de préciser la notion de souffrance psychique, dans la mesure où elle constitue souvent un indicateur de la subjectivité de l'enfant difficile en développement.

## La souffrance psychique

Le concept de souffrance psychique est récent dans l'histoire de la psychiatrie. Celui qui prend soin de cette souffrance porte le joli nom de « psychiste », terme créé par François Tosquelles, et qui pourrait rassembler les divers métiers de ceux qui s'en préoccupent. Ces notions résultent pour partie des avancées freudiennes et des modifications en rapport avec les changements apparents du statut de la folie dans notre monde contemporain.

Freud nous a appris d'une façon profonde que si la psyché humaine était complexe dans son fonctionnement, nous pouvions tirer un grand parti de l'étude des troubles psychopathologiques survenant chez certains d'entre nous pour en comprendre le développement normal. La métaphore du cristal que Freud nous propose – on ne distingue les lignes de forces d'un cristal que lorsqu'il est brisé – éclaire de belle façon la philosophie qu'il a contribué à mettre au jour : celle d'une communauté partageable entre les hommes, qu'ils soient malades mentaux ou non. Tosquelles, quelques décennies plus tard, reprendra à son compte cette manière de penser le monde de la folie : « Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît », en insistant sur la futilité de penser que la folie pourrait être étrangère à la condition même de l'homme. Dans cette logique fraternelle de la folie, il n'y a ni différence indépassable ni fossé infranchissable entre ceux qui vivent une expérience de déshérence psychopathologique et les autres : ceci a pour conséquence énorme de justifier le travail thérapeutique visant à ramener les personnes en question au sein de la communauté à laquelle elles appartiennent.

La souffrance psychique, quand elle n'est pas trop débordante, peut, à l'instar de l'angoisse, être le signe qu'il faut faire quelque chose pour soi-même ou pour

son enfant, si c'est celui-ci qui souffre. Parfois, parler avec un ami ou un proche peut suffire à prendre du recul par rapport au problème rencontré. Mais, dans d'autres cas, il peut être intéressant de rencontrer un « psychiste » pour avancer avec l'aide de professionnels dans le cadre d'une relation suivie dans la durée. C'est toujours le phénomène du « transfert » qui est à l'œuvre dans les relations instaurées entre celui qui souffre psychologiquement et son psychiste. Saint Exupéry, dans son fameux récit *Le Petit Prince*, a donné une allégorie qui sied parfaitement à ce processus de nouage-dénouage de la relation transférentielle.

« S'il te plaît, apprivoise-moi, dit le renard.

- Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ? demande le Petit Prince.

- Apprivoiser, c'est une chose trop oubliée, ça signifie « créer des liens », dit le renard. (...) Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde...<sup>1</sup> »

Voilà une belle mise en perspective de la relation transférentielle.

« Que faut-il faire ? dit le Petit Prince.

- Il faut être très patient, répond le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais chaque jour tu pourras t'asseoir un peu plus près.<sup>2</sup> »

Et c'est ainsi que le Petit Prince apprivoisa le renard. Mais au moment de la séparation, il se pose une question sur l'intérêt de cette rencontre : est-ce que cette relation n'est pas plus aliénante que libératrice ? Est-ce

---

1. Saint Exupéry, A., *Le petit prince*, Œuvres, La Pléiade, Paris, 1959, pp.469-472.

2. Ibidem.

que je peux partir sans souffrances ? Est-ce que tu ne m'as pas plutôt lié à toi d'une façon définitive ?

« Et quand l'heure du départ fut proche :

- Ah ! dit le renard...Je pleurerai.

- C'est ta faute, dit le Petit Prince, je ne souhaitais point te faire de mal, mais tu as voulu que je t'apprivoise...

- Bien sûr, dit le renard.

- Mais tu vas pleurer ! dit le Petit Prince.

- Bien sûr dit le renard.

- Alors tu n'y gagnes rien !

- J'y gagne, dit le renard, à cause de la couleur du blé.<sup>3</sup> »

Cette magnifique fable de Saint Exupéry permet de comprendre que la séparation est douloureuse mais supportable : je supporterai la séparation car la couleur des blés me rappellera la couleur de tes cheveux. Autrement dit, la représentation que je conserverai de toi en moi me permettra de supporter ton absence. La relation transférentielle ne vaut que parce qu'elle va donner accès aux personnages de notre monde interne, ceux de notre enfance, par leur actualisation dans la rencontre. Les processus de transformation (qu'on appelle aussi sublimation) vont entrer en travail pour donner du sens à nos représentations enfouies et aux souffrances psychiques occasionnées par toutes les séparations inévitables qu'un enfant doit traverser.

« La relation problématique que tu as entretenue avec ta rose sur ta planète d'origine va devenir l'objet d'un travail lors de nos rencontres, et peut-être en comprendras-tu quelque chose qui jusqu'alors t'avait échappé... » pourrait proposer au petit prince le renard devenu psychiste.

Dans une telle perspective, la notion même de souffrance psychique vient prendre la place accordée par Freud à ce qu'il a successivement désigné comme « détresse primordiale », « angoisse automatique », « angoisse signal », et qui pour lui venait témoigner, chez le sujet, d'une urgence à agir, à dire, à signifier

---

3. Ibidem.

un des aspects de la vie psychique qui ne pouvait tout simplement pas être dit en mots, comme tout bon « névrosé occidental poids moyen » devrait pouvoir et savoir le faire.

La souffrance psychique est donc, dans cette acception, un état mental plus ou moins désagréable qui met le sujet en demeure d'en faire quelque chose, soit seul, soit avec d'autres, pour en diminuer l'impact négatif. Sinon, la tendance dominante favorisera l'apparition de symptômes.

Signalons que la souffrance psychique revêt des statuts différents si elle survient chez un bébé, un enfant ou un adolescent, pour la première fois ou non, si elle est partageable ou non, authentique ou non, si elle s'accompagne d'une douleur physique ou non, si elle surgit en milieu précaire ou non....

Mais dans tous les cas, la souffrance psychique est un signe en provenance du sujet qui pourrait prendre forme dans la relation d'aide avec quelqu'un. Le contexte d'aide suppose dès lors une éthique de travail où le souci est de considérer cette souffrance selon un statut dynamique, et non comme un papillon de plus à épingler dans une classification internationale. Et à partir de l'expression de sa souffrance par un enfant, il est alors possible de l'aider s'il le demande, notamment lorsqu'il est soutenu par ses parents pour le faire.

## Différencier les souffrances psychiques de l'enfant

Voyons à partir de trois exemples cliniques quelles peuvent être les formes de souffrance psychique chez un enfant et comment, à partir de son analyse, nous pouvons considérer le concept d'enfant difficile.

### Eva, une enfant difficile ?

Lorsque je reçois Eva et ses parents, elle a trois ans. Ses parents ont vu à la télévision une émission récente dans laquelle un pédopsychiatre conseillait la prescription d'un médicament psychotrope pour les enfants difficiles. Confrontés à la difficulté d'éduquer leur fille qui ne respecte rien ni personne, ils sont venus me demander la prescription de ce remède miracle.

Eva est déjà perchée dans ma bibliothèque en train de faire tomber les livres de Tex Avery auxquels je tiens particulièrement. Je vois le malheur arriver, la chute de mes beaux livres, et je regarde les parents avec une insistance inquiète et interrogative ; une fois toute honte bue, le père me dit : « C'est pour ça qu'on vous l'amène, docteur ». La consultation va mettre en évidence leur ambivalence vis-à-vis de leur fille de façon claire, partagés qu'ils sont tous les deux entre le désir de « ne la priver de rien » et leur intuition d'appliquer ne serait-ce qu'un minimum de règles (du jeu) dans la vie familiale.

Lorsque je les interroge sur leur propre enfance, ils me disent tous les deux qu'ils ont vécu de façon chaotique, le père entre des parents carencés et incapables d'assumer leurs fonctions parentales et la mère entre des parents séparés et violents, compensant leur culpabilité de l'être par des comportements de laxité éducative excessifs, aux dires de la mère elle-même. Eva touche



à tous les jeux de mon bureau de consultation, fait tomber quelques livres sans les regarder, puis vient s'asseoir à ma table ronde avec ses parents lorsqu'ils commencent à me raconter leurs enfances respectives. Intéressée, elle leur pose des questions, souvent pertinentes, sur des événements évoqués.

Quand nous prenons rendez-vous pour la consultation suivante, j'ai pu évoquer avec les parents la nécessité de renouer avec leurs intuitions de parents éducateurs, contraints d'adopter la position de limitation des demandes incessantes de leur fille pour l'aider à endiguer sa toute-puissance infantile « normale », sans qu'ils aient l'impression que, ce faisant, elle n'allait plus les aimer.

La consultation suivante allait confirmer les hypothèses émises ensemble lors de la première rencontre et conduire ces parents à revisiter leurs méthodes éducatives à la lumière de notre conversation, mettant en évidence la pertinence de leurs intuitions de base. Et Eva me demandera de regarder mon beau livre de Tex Avery avec une gentillesse dont je ne l'aurais pas crue capable lors de notre première rencontre. En tout cas, la prescription de méthylphénidate qui était mise en avant n'était plus du tout à l'ordre du jour.

## **Lothaire a la bougeotte**

Lorsque je reçois Lothaire pour la première fois, il a dix ans. Depuis plusieurs années, il est en difficulté à l'école d'où il revient avec des bulletins insistant invariablement sur ses troubles de l'attention. Préoccupés, les parents en ont parlé à leur généraliste qui, s'avouant incompétent en la matière, leur a proposé de les orienter vers le professeur de pédopsychiatrie de la faculté de médecine. La première rencontre avec Lothaire me permet de mettre en évidence une instabilité psychomotrice importante et des troubles de l'attention manifestes. En effet, dès qu'il m'a dit bonjour, il va se poster devant mon ordinateur avant de s'asseoir et commence à me poser des questions sur le logiciel, la mémoire, mes préférences en matière

de messagerie...ce qui amène sa mère, désespérée, à intervenir en disant : « Vous voyez, Lothaire, c'est ça tout le temps ! »

Le petit garçon s'assoit en me regardant dans les yeux avec une tristesse visible et un air de me dire : « Tu vois ce que j'ai à endurer tout le temps avec ma mère ! ». Nous commençons à parler des raisons qui les amènent. Lothaire se relève au bout de quelques instants, intéressé par une voiture en bois posée sur une des étagères de ma bibliothèque ; il la prend pour en voir les détails et déjà sa mère lui dit : « Fais attention à cette voiture, c'est sûrement une voiture de collection, ne la casse pas ! ». Je la rassure et demande à Lothaire s'il est intéressé par les voitures. Il ne me répond pas et repose l'objet sur mon bureau comme si d'un seul coup cela ne l'intéressait plus du tout. Sa mère lui dit alors avec sévérité de la remettre à sa place, tout en me regardant avec des yeux anxieux. Lothaire fait ce que lui demande sa mère et se rassoit aussitôt en sortant une pile de petites cartes qu'il bat ostensiblement devant nous.

Commence alors le récit d'interminables griefs que sa mère a listés et je vois Lothaire se perdre dans la compilation de ses petits trésors de carton. La consultation va se dérouler sur ce mode et j'arriverai à mieux cerner les différents éléments cliniques amenés par la mère après avoir pris un temps suffisant pour écouter sa longue plainte.

Puis je recevrai Lothaire seul pour recueillir son point de vue sur la situation. Il se montre sensiblement différent lorsque nous sommes tous les deux. S'il peut parler de ses difficultés de concentration et d'attention à l'école avec une certaine précision, son instabilité reste entière et je le vois bouger ses jambes, ses bras, se ronger les ongles, regarder dans de multiples directions sans pouvoir s'apaiser. Au contraire, le dialogue avec lui va faire apparaître plus clairement les manifestations d'une angoisse psychomotrice accompagnée d'affects dépressifs sous-jacents, comme s'il ne pouvait me dire ce qui l'inquiète mais savait me le traduire par son comportement moteur.

Je ressens moi-même à quel point les parents doivent être angoissés de ce malaise qu'ils perçoivent chez leur fils, sans bien savoir comment l'aider. C'est de cette manière que je comprends l'agacement que manifeste la mère lors de notre première rencontre, alors que tout indique que son fils est par ailleurs un garçon intelligent. Il est aisé de comprendre que, convaincus des capacités de leur fils, ils soient envahis par les effets déstabilisants de son agitation sur eux, et finalement amenés en permanence à lui faire des remarques normalisantes, voire moralisantes.

Si le diagnostic d'instabilité psychomotrice avec troubles de l'attention et de la concentration ne pose pas de problèmes, je suis toutefois préoccupé par l'angoisse et les affects dépressifs que je ressens chez lui. Je réserve pour plus tard quelques investigations complémentaires, notamment si je suis amené un jour à prescrire un traitement médicamenteux. Comme nous sommes en juillet, je propose de revoir Lothaire dès mon retour de congé et entretemps propose à une des psychologues du service de le recevoir pour faire un bilan du niveau intellectuel et un test projectif de Rorschach, pour mieux approcher à la fois la qualité de l'angoisse et la fonction de la dépression déjà évoquées.

Les premiers troubles sont apparus lorsque Lothaire est allé passer un mois de congé chez ses grands-parents maternels. Il a commencé à ne pas dormir très bien, à être souvent comme absent lorsqu'on lui parlait, à ne pas pouvoir rester en place et à être toujours en mouvement dans la vie quotidienne. La grand-mère de Lothaire avait dit à sa fille lors de la fin de ce séjour que son fils avait la bougeotte et qu'elle devrait trouver rapidement un psychiatre qui lui prescrive le médicament miracle dont ils avaient entendu parler à la télévision ... Durant les deux années suivantes, la « bougeotte » de Lothaire va aller en empirant. À l'école, Lothaire a une tendance à se montrer dissipé. Même si son intelligence lui avait permis jusque-là de se rattraper sans problème à chaque évaluation, les instituteurs prédisent que, s'il continue dans cette direction, il aura toutes les peines du monde à réussir son cycle dans

des conditions satisfaisantes. C'est à ce moment-là que sa mère véritablement inquiète, a pris rendez-vous avec le pédopsychiatre.

Mais dans l'histoire de cette famille, je ne retrouve rien qui puisse expliquer pourquoi Lothaire est en souffrance à ce point. Comme toujours, il faudra plusieurs consultations pour que l'enfant et ses parents puissent éprouver de la confiance envers ce nouveau venu que je suis dans leur vie et pour que je puisse me faire un avis plus approfondi sur sa souffrance. Le bilan psychologique viendra m'aider à confirmer le diagnostic d'instabilité psychomotrice. Je n'exclus pas d'emblée la possibilité d'un traitement médicamenteux s'il s'avérait nécessaire à un moment donné, mais je privilégie la psychothérapie au rythme de deux séances par semaine. Ce travail régulier, qui dure depuis deux ans maintenant, a permis une amélioration notable des symptômes d'instabilité et des troubles de l'attention. Et surtout, Lothaire semble sorti de la profonde dépression dans laquelle il était.

Peu à peu, au fil des entretiens, son histoire est venue éclairer son comportement. D'une nature dépressive, le père de Lothaire a longtemps été moniteur d'auto-école, sans enthousiasme. Il a décidé il y a quelques années de changer de profession. Son patron, déçu par l'abandon et la trahison de celui qu'il considérait comme son successeur, avait nourri une rancune tenace à son égard et, quelque peu sadique, avait décidé de se venger : ce « fils indigne » allait voir ce qu'il allait voir ! Menant son enquête, il avait découvert que sa femme avait des aventures extra-conjugales et, laissant libre cours à sa rancœur, s'était exprimé d'en faire part au mari de l'infidèle. Cette révélation allait plonger le mari dans une dépression sévère, émaillée de plusieurs tentatives de suicide. C'est lors de la première – qui fut aussi la plus grave – que Lothaire avait été « expédié » en vacances chez ses grands-parents, sans que personne ne lui dise rien de la situation.

Toute déboussolée par l'ampleur de ce qui lui arrivait, la mère de Lothaire s'en était ouverte à sa propre mère, espérant trouver auprès d'elle réconfort et compréhension.

sion. Au lieu de quoi, prenant le parti du mari trompé, la mère avait culpabilisé sa fille, promettant toutefois de ne rien révéler à Lothaire.

Durant les vacances de celui-ci, les choses s'étaient arrangées dans le couple et, au retour, la mère de Lothaire avait organisé une discussion à trois pour dire à son fils ce qui était arrivé. Cette discussion avait d'ailleurs coïncidé avec les débuts de la psychothérapie qui a permis à l'enfant de mentaliser davantage ce qu'il ne pouvait exprimer que par voie motrice. Il était dans une situation de conflit interne inextricable. D'une part, à cause des identifications à son père, muré dans un silence dépressif et faisant des passages à l'acte que le fils devinait intuitivement, d'autre part, à cause des sentiments oedipiens envers sa mère. Les symptômes (qui ne sont pas sans évoquer une régression, comme si l'enfant, faute de réussir à évoluer, ne pouvait que revenir en arrière) sont apparus à un moment de son développement où l'habileté motrice et les performances physiques de Lothaire faisaient la « une » de toute la famille, chacun lui promettant un brillant avenir de sportif. Il est d'ailleurs intéressant de voir comment, dans les processus de sublimation remis en route au cours de la psychothérapie, l'investissement de l'image du corps a compté. Avec son père, reconverti entretemps dans l'agriculture, Lothaire a commencé le cross-countries en compétition.

## **Alexis et son trouble du spectre autistique**

Lorsque les parents d'Alexis viennent me rencontrer avec leur fils, ils sont dans un état d'épuisement catastrophique. Alexis a six ans. Les deux parents restent debout pendant la consultation et Alexis ne cesse de se déplacer dans mon bureau. Il ne répond pas aux objurgations de ses parents, ne s'intéresse pas du tout à ce médecin qui tente de lui poser des questions et de nouer un contact avec lui. Il est dans un autre monde, la relation avec lui est problématique, il n'a pas de langage, et présente un comportement d'agitation

permanente, manifestant une angoisse archaïque qui ne peut s'apaiser dans la vie quotidienne.

Depuis plusieurs années, il est suivi par une équipe pédopsychiatrique pour une pathologie grave qui l'a orienté vers un Institut Médico-Éducatif à l'âge de quatre ans. Malgré ses difficultés en rapport avec son trouble du spectre autistique, il y réussit quelques apprentissages qui sont de bon augure. Toutefois, il conserve des troubles du comportement importants qui envahissent la vie familiale de telle sorte que les parents et les deux sœurs sont en permanence confrontés aux difficultés d'Alexis. Il s'agit d'un enfant difficile, dont les symptômes pathologiques ne sont pas suffisamment guéris pour permettre une vie familiale satisfaisante. Alexis reste très instable sur le plan psychomoteur et ne peut pas facilement se détendre, son sommeil est perturbé et son alimentation problématique.

Les parents viennent me voir pour me parler de leur enfant difficile, mais cet enfant difficile est-il comparable à Lothaire ou à Eva dont nous avons parlé précédemment ? Bien sûr que non, car Alexis présente une forme de Trouble du Spectre Autistique qui va nécessiter une prise en charge à temps partiel dans un hôpital de jour en complémentarité avec son inclusion dans l'IME dans lequel il est accueilli par des éducateurs depuis quelques années.

L'évolution sera favorable et Alexis pourra rejoindre son établissement médico-éducatif à temps plein. La vie familiale sera suffisamment apaisée pour qu'Alexis retrouve des rythmes compatibles avec son développement et avec l'épanouissement de ses deux sœurs. Les parents retrouveront une ambiance familiale conforme à leurs souhaits. Si Alexis reste pour eux un enfant difficile, il n'est en aucun cas comparable à ceux que d'autres nomment « enfants difficiles » avec une certaine légèreté, sans bien mesurer en quoi cela consiste d'« avoir un enfant difficile ».

# Les enfants difficiles, des causes multiples

## Quel sens donner aux symptômes ?

Au cours de son développement, un enfant n'attend pas d'être grand pour souffrir psychiquement. Un bébé peut souffrir psychiquement et, ne disposant pas d'une parole intelligible pour le dire à ses parents, il va être soumis à l'obligation d'utiliser les moyens du corps pour le leur faire savoir. C'est ainsi que le bébé peut faire appel par de l'insomnie, des troubles du tonus, des difficultés alimentaires et autres difficultés psychosomatiques. L'enfant plus grand, qui marche, grimpe, construit et déconstruit, crie fort, et qui parle dans certaines circonstances, peut être agressif, violent, et va se servir de ses muscles pour agir ce qu'il ne peut pas dire quand la parole lui fait défaut, notamment lorsqu'il est frustré.

En revanche, un bébé et un enfant qui ne peuvent pas entrer en interaction avec leur entourage proche développent d'autres types de souffrances psychiques. Les troubles graves du développement, tels que l'autisme et autres pathologies du spectre autistique, mettent très rapidement à mal les parents, confrontés à un bébé puis à un enfant qui ne semble pas profiter de ce qu'ils lui proposent pour grandir.

Des troubles tels que l'hyperactivité, le trouble des conduites ou le trouble du développement doivent d'abord par principe être pris dans cette lecture compréhensive : que veulent dire ces signes de souffrance psychique (dont l'autre appellation en médecine sont les symptômes) dans la vie de l'enfant à ce moment de son développement ? Il s'agit en quelque sorte de ne pas prendre ces signes au pied de la lettre et de ne pas prescrire immédiatement un médicament qui calmerait l'enfant sans comprendre ce qui l'agite.

Il s'agit plutôt de considérer ces symptômes comme autant d'écrans derrière lesquels l'enfant se cache en attendant qu'on l'aide. Dans les cas extrêmes, l'écran se transforme en bouclier qui prend une valeur défensive et protectrice pour l'enfant ; plus on essaiera de le déposséder de son bouclier, dont il est persuadé qu'il le protège contre l'adversité, plus sa force d'agrippement à ce bouclier-symptôme sera grande et active. Dans le cas où les symptômes viennent témoigner de maladies graves dans lesquelles la souffrance psychique envahit l'enfant et ses parents de façon massive, le pédopsychiatre consulté peut être amené à une prise en charge globale de l'enfant dans les trois domaines éducatif, pédagogique et thérapeutique.

Il est important de signaler l'existence d'enfants qui ne présentent en apparence aucun des signes de souffrance psychique que nous reconnaissons habituellement. Leurs capacités d'adaptation aux situations parfois même très difficiles peuvent être considérables et c'est le contexte qui doit alerter sur les difficultés réelles de ces enfants. Dans la plupart des cas, il s'agit d'enfants qui compensent, voire surcompensent les insuffisances parentales ou du milieu par loyauté envers leurs parents, par peur de déclencher une crise ou parce qu'ils n'ont pas conscience que la vie qu'ils mènent n'est pas conforme à leurs besoins.

D'autres fois, il peut s'agir d'enfants qui endurent en silence les brimades continues de leurs pairs et pensent à tort qu'il n'y a aucun recours possible. Dans tous les cas, ces enfants en difficulté épuisent peu à peu leur énergie et finissent souvent par connaître un moment de décompensation de leurs difficultés muettes. Il est d'autant plus important de les aider préventivement.

## **Le développement de l'enfant**

La souffrance psychique des enfants a ceci de particulier qu'elle concerne un être en développement. Aussi faut-il considérer cet aspect avec beaucoup de sérieux pour mieux en comprendre les conséquences sur les

stratégies de prise en charge à mettre au point avec chaque « enfant difficile ». Nous verrons comment les aspects classiques du développement sont indissociables des aspects sociétaux et comment il convient de les intégrer à notre réflexion pour avancer.

La question générale du développement avec toute sa complexité comporte l'équation biologique, la manière dont elle surdétermine le développement de l'enfant en interaction avec ses parents et les aspects familiaux qui les influencent et/ou en résultent, la prise en considération de la théorie de l'attachement et de la théorie pulsionnelle, ainsi que les articulations entre tous ces aspects complémentaires. À quoi il faut ajouter les dimensions sociétales contemporaines qui viennent jouer un rôle sur les points précédents.

Aujourd'hui, nous devons courageusement, car cela ne va pas de soi, tenter d'articuler les différentes hypothèses pour en proposer une lecture plurielle. Il n'est plus acceptable de devoir choisir son camp pour évoquer le développement car, bien au-delà des pans de savoir dont on se priverait, il en va de la qualité des dispositifs à offrir à tous les enfants difficiles.

Nous reprendrons successivement dans cette perspective les éléments biologiques, sensorimoteurs, attachmentistes et pulsionnels qui contribuent à une synthèse intégrant les différentes dimensions du développement de l'enfant aujourd'hui.

### **L'approche biologique**

Il est désormais acquis dans les sciences biologiques que la génétique toute seule n'existe pas. Il semble essentiel de considérer aussi l'environnement dans lequel les héritages génétiques viennent prendre place et ressources, ce que l'on qualifie d'épigénétique. On parle même d'une épigénèse interactionnelle pour décrire les effets de la relation humaine dans le développement du petit d'homme.

Le processus biologique permet de distinguer (Kandel) les gènes gabarits, qui se répliquent fidèlement et

assurent la transmission, des gènes de transcription qui déterminent le phénotype (état des caractères observables). Si les gènes de gabarit ne sont pas affectés par l'environnement (sauf mutations), en revanche, les gènes de transcription sont hautement régulés, notamment par des facteurs environnementaux. Un bébé A et un bébé B naissent dans la même maternité. Ils possèdent tous les deux, dès la naissance, le réflexe archaïque de la succion génétiquement déterminé. Mais en fonction de cette première expérience partagée dans l'interaction – une tétée de bienvenue – selon les situations des mamans A et B, de leur humeur, de la réussite ou non de leur anesthésie péridurale, de la présence et de la position paternelle,... les expériences de A et de B seront différentes. Le génome, s'il permet de mieux apercevoir comment se réalise la construction physiologique du bébé depuis sa conception et tout au long de son développement, ne suffit manifestement pas à expliquer les avatars du développement de l'enfant, notamment dans l'apparition de plusieurs événements qui peuvent jouer un rôle dans les symptômes de l'enfant difficile.

C'est pourquoi il est intéressant de connaître également quelques-unes des théories qui viennent jeter un éclairage sur les articulations entre biologie, psychologie et société. Parmi les très nombreuses hypothèses existantes, j'ai retenu celles qui permettent de mieux comprendre les points de jonction.

### **L'approche sensorimotrice**

André Bullinger revisite le stade sensorimoteur décrit par Piaget, et en tire un modèle proposant des articulations non seulement théoriques mais également pratiques avec les bébés et leurs parents. Il part d'articulations successives dans le développement qui permettent de penser celui-ci de façon dynamique. Succédant aux premières expériences toniques prénatales (extension du fœtus limitée par la paroi utérine), la naissance confronte le bébé à la pesanteur et oblige les parents à assumer la fonction enveloppante post-utérine.

Dans cette interaction, le regard partagé joue une fonction centrale de rassemblement progressif des expériences sensorielles multiples. L'oralité joue alors un rôle discriminant autour du nourrissage en distinguant progressivement les fonctions différenciées de capture et d'exploration de l'objet oral (mamelon, lait, objets en bouche). Cette interaction est éclairée au fur et à mesure par les commentaires maternels, de façon pertinente ou non.

Puis vient le tour de la constitution du buste intégrant les motricités de flexion et d'extension, et permettant au bébé d'intérioriser une part de la fonction maternelle de portage. La découverte des possibilités de rotation du tronc vient enrichir les expériences précédentes en dotant le bébé des capacités de prendre un objet avec une main sous le regard, et ainsi de maîtriser les objets à portée de mains. Le bébé commence à bâtir un espace avec des objets qui l'intéressent et d'autres moins ou pas du tout.

Dans l'étape suivante, le bébé découvre plus précisément le bas de son corps. Avec la motricité des jambes, les sensations anales et urétrales deviennent plus conscientes et susceptibles d'être soumises à d'autres sensations sphinctériennes socialement investies qui permettront plus tard l'acquisition de la propreté. Le corps devient alors un véhicule donnant au jeune enfant une autonomie importante, éventuellement gouvernée par sa curiosité « naturelle ».

À chacune des étapes traversées, la mère et le père commentent les progrès réalisés, non seulement pour prendre acte de l'évolution de leur enfant, mais aussi pour mettre ces progrès en dialogue avec lui : « Oh ! ça y est, tu peux prendre un jouet, bravo ! Tu sais, ce jouet, c'est un petit hochet qui fait de la musique ! » ; ou bien : « Regarde, tu marches comme un grand maintenant, tu feras de la course à pied comme ton grand-père ! » ; ou encore : « Tu préfères quel livre ce soir ? »

La mère qui partage ses vécus et ses émotions avec son bébé au cours des expériences des premières semaines et premiers mois (allaitement, change,

bain...) aide son bébé à lier ses expériences avec des mots. Ainsi, le bébé commence à exister par lui-même et peu à peu à se différencier. La mère et le père qui racontent à leur bébé ce qu'il vit et traverse, utilisent leur fonction narrative et préparent le futur enfant à construire son histoire, sa propre narration. Lorsque les enfants ne peuvent intérioriser cette fonction essentielle pour la santé mentale, ils peuvent développer des difficultés spécifiques sur lesquelles nous reviendrons.

Mais cette vision du développement ne peut être comprise que dans une articulation entre le développement corporo-psychique et la qualité de son environnement familial. À cet égard, la réponse des parents se révèle fondamentale, et, en fonction du vécu quotidien du bébé, les réponses qu'il trouvera pour habiter son corps et son esprit seront profondément influencées.

### **Théorie de l'attachement**

La théorie de l'attachement, élaborée par Bowlby, permet de répondre à ces questions. Un petit d'homme, comme les petits de singes, se cramponne, s'agrippe de façon réflexe à sa génitrice pour obtenir un rapproché maximal, et ce dès la naissance, sur le modèle de ce qu'il vient de quitter lors de son « déménagement écologique » (Cyrułnik) : au chaud, près de la paroi utérine et serré par et contre elle. Il est programmé pour s'attacher à sa mère, et possède quelques possibilités de maintenir cette relation essentielle avec elle : ses cris, ses pleurs, son regard, son tonus, puis un peu plus tard son sourire.

Les bras maternels sont la continuité de l'expérience utérine. Ils peuvent offrir dans la majorité des cas un refuge propice au développement « sécurisé ». À l'inverse dans d'autres circonstances défavorables, par exemple si la mère est elle-même insécure, les relations peuvent entraîner une insécurité de base. Bernard Golse dit que « pour bien se détacher (la séparation ultérieure), il faut savoir bien s'attacher ».

Alors, comment peut-on « bien s'attacher » ? Lorsque le bébé se développe dans une famille où les rythmes

sont réguliers et respectueux des siens propres, il intègre progressivement l'expérience d'un environnement protecteur, doux, stable et sur lequel il peut compter particulièrement en cas d'imprévu. Son développement sera plus facile que celui d'un autre bébé grandissant dans un milieu sans continuité dans les réponses offertes à la satisfaction de ses besoins et sans prévisibilité dans les réactions de son entourage. Ce deuxième bébé aura le plus grand mal à intérioriser une possibilité d'anticiper ce qui pourra lui arriver non seulement à chaque nouvel événement, mais également en cas d'imprévu. Cette insécurité de base le prédispose à de grandes difficultés dans son développement et les risques qu'il devienne un enfant difficile sont accrus de façon notable.

Toutes les recherches qui ont suivi ces premières intuitions fondamentales ont conduit à des avancées scientifiques majeures pour l'étude des paramètres intervenant dans les conditions du développement du bébé. Mais si Bowlby a ainsi opéré une mutation dans les travaux psychanalytiques antérieurs, il n'en a pas dénaturé les préalables ni disqualifié les concepts opératoires, bien au contraire. Une complémentarité en émerge de façon évidente aujourd'hui, qui permet d'articuler la théorie de l'attachement avec les travaux des psychanalystes sur la pulsion.

### **Théorie de la pulsion**

Qu'est-ce qu'une pulsion ? C'est une découverte fondamentale réalisée par Freud, antérieure sur le plan chronologique à la théorie de l'attachement, qui caractérise le petit d'homme et lui seul, dans son accession au langage programmée génétiquement. La pulsion contient dans sa structure la nécessité de répondre à la tension qui apparaît dans le ventre du bébé (la faim), d'y répondre par le lait maternel mais aussi par la représentation qu'il va devoir construire peu à peu pour pouvoir, un jour, dire avec ses mots qu'il a faim. Après plusieurs semaines de tétées, le bébé pourra attendre la tétée suivante en suçant son pouce : le pouce est une première représentation du lait maternel. Puis, à force d'entendre sa mère lui dire : « Tu as faim, mon

bébé », il finira par le dire lui-même lorsqu'il parlera. De ce point de vue, la pulsion est la condition de possibilité du langage.

Mais bien avant d'en arriver à cette étape, la pulsion permet à l'enfant d'investir le monde, en commençant par ceux qui le font visiter en premier au bébé : ses parents ou leurs substituts. La libido (puisqu'il s'agit de la dénomination proposée par Freud à cette pulsion fondamentale) vient investir les objets du monde que la génétique et l'attachement lui avaient donné la possibilité de rencontrer. Et cet investissement par la relation des personnes qu'il rencontre depuis sa naissance va avoir un effet déterminant sur ses rencontres à venir.

Là encore, lorsque les premières rencontres sont aimantes et sereines, la mémoire du bébé en gardera les traces et il conservera de ses premières expériences les modalités nécessaires pour entreprendre les rencontres suivantes. En revanche, lorsque les premiers liens se font dans des conditions défavorables, l'enfant pourra se heurter à des difficultés dans l'instauration de relations avec les autres et traverser des périodes douloureuses, voire pérenniser dans toutes les relations ces mauvais débuts qu'il a connus. Heureusement, l'expérience nous montre que, dans un nombre non négligeable de cas, tout ne se joue pas avant trois ans, et qu'il ne faut jamais désespérer des potentialités contenues dans des rencontres qui facilitent l'amélioration de ces éléments pulsionnels.

## **Les enfants difficiles en lien avec un problème éducatif**

C'est ici qu'il nous faut distinguer les problèmes éducatifs au sens large, qui appellent les parents à reprendre une position comportant une fonction limitante suffisante pour que leur enfant connaissent les « bords » de l'espace dans lequel il peut se développer et les interdits qui en règlementent le fonctionnement socialement admis, et ceux qui sont en rapport avec l'évolution d'une pathologie pédopsychiatrique qu'il conviendra de soigner dès que possible.

Dans le développement de l'enfant, de nombreuses opportunités se présentent à lui pour agir son refus face à ce qui lui est demandé. À chaque étape, des limitations et des interdits ponctuent les expressions de sa toute-puissance. Mais à chaque étape aussi, il peut les refuser, et même faire semblant de dire un « oui » en agissant un « non ». Tel enfant pourra manifester, à l'instar d'Eva, sa toute-puissance infantile en toutes circonstances si la fonction limitante parentale s'est estompée et lui a laissé libre cours...

Tel autre enfant pourra témoigner de sa souffrance psychique pendant la période d'apprentissage de la propreté en usant et abusant des colères dues à la frustration, de la violence physique (mordre, pousser, tirer les cheveux...) avec ses pairs, du refus d'admettre ce que ses parents lui demandent de faire, montrant ainsi que l'exercice de sa force musculaire n'est pas encore vraiment sous son contrôle et qu'il n'a pas d'autre moyen à sa disposition pour le faire savoir.

Tel autre encore, ne connaissant pas la valeur de sa parole, passera par une période de mensonges qui pourra inquiéter ses parents et son entourage, alors qu'il s'agit le plus souvent de s'assurer que l'autre ne voit pas ses pensées dans sa tête.

Tel autre enfin, à l'instar de Lothaire, pourra montrer, par ses signes d'instabilité et ses difficultés d'attention, qu'il est envahi par des conflits parentaux qui ne lui appartiennent pas en propre, mais qui influent à son insu sur une partie de sa vie psychique. Prendre ces signes pour ce qu'ils sont en apparence, sans se demander d'abord pourquoi l'enfant a recours à ce genre de chose, risque de conduire à une erreur de stratégie ; il s'agit bien dans ce cas d'un enfant qui a besoin de comprendre ce qui arrive à ses parents, plus que d'être soumis à des prescriptions médicamenteuses inadéquates.



## Les enfants difficiles en lien avec une pathologie pédopsychiatrique

Mais si les « enfants difficiles » que nous venons de décrire sont les plus fréquents, il existe aussi Alexis et les autres « enfants difficiles » qu'il représente. Ces enfants sont porteurs de pathologies graves, pour lesquels les parents sont démunis et ont absolument besoin de rencontrer des professionnels qui les accueillent, diagnostiquent les symptômes de leur enfant pour ce qu'ils sont (un grave trouble du développement) et proposent des prises en charge cohérentes, suffisantes en quantité et qualité. Cette approche permet de fabriquer un costume thérapeutique « sur mesure » améliorant autant que faire se peut la trajectoire vitale de ces enfants et, par effet collatéral, celle de leur famille, parents et fratrie.

Dans ce chapitre que nous ne détaillerons pas dans cet écrit, rentre toute la pathologie décrite par les pédopsychiatres qui concerne les troubles envahissants du développement récemment appelés troubles du spectre autistique par le DSMV<sup>4</sup>, les instabilités psychomotrices, les dépressions et le suicide, l'anorexie, la boulimie, les entrées brutales ou progressives dans la psychose schizophrénique, les pathologies psychosomatiques, les troubles du langage, les troubles psychomoteurs, les déficiences plus ou moins importantes, les dysharmonies évolutives, les réactions psychopathologiques aux maladies somatiques et beaucoup d'autres encore.

L'ensemble de ces pathologies pédopsychiatriques nécessite une démarche médicale classique de consultation visant à élaborer un diagnostic puis à poser des indications de soins en fonction de la pathologie retenue. Entreprendre les soins au moyen des outils nécessaires et disponibles doit se faire en accord plein et entier avec les parents, sans oublier les aspects complémentaires éducatifs et pédagogiques qui doivent faire partie de la prise en charge de tout enfant malade.

4. DSM, de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, désigne le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), intitulé communément DSMV (5ème version à ce jour).

Toutefois, au cours de la démarche pédopsychiatrique habituelle, il est fréquent de rencontrer des enfants qui présentent des difficultés en rapport avec les aspects éducatifs précédemment cités. Avant de retenir le diagnostic d'enfant difficile en rapport avec un problème éducatif contemporain, il conviendra de s'assurer que les troubles de l'enfant concerné ne sont pas à mettre sur le compte d'une authentique pathologie pédopsychiatrique. Cette dernière approche consiste à exercer une prévention des troubles du développement et justifient de fait le recours au pédopsychiatre ou à tout « psychiste » formé pour conduire une démarche cohérente de distinction des deux grandes formes d'enfants difficiles.

## Les modifications sociétales

A côté des éléments nécessaires pour comprendre le développement d'un enfant, il est utile d'insister sur les modifications sociétales survenues depuis quelques décennies. Je n'en reprendrai que quelques-unes comme supports de réflexion.

### L'affaiblissement de la fonction paternelle

Jean-Pierre Lebrun a beaucoup aidé à comprendre ce phénomène du *fading paternel* au profit de l'expansion d'une fonction maternelle envahissante et confusionnante, quand elle n'est pas « dialectisée » avec une fonction tierce, ici paternelle. Si l'autoritarisme paternel était critiquable, l'absence de fonction paternelle soulignée par Daniel Marcelli est pire encore. Jusqu'à la « révolution culturelle » de mai 1968 qui a permis de modifier profondément les conceptions du fonctionnement familial, l'autorité paternelle avait pris des formes différentes avec chaque époque, mais quelles qu'elles soient, le principe paternel restait dominant. Bien sûr, suivant les personnes concernées par le rôle du père, les applications pouvaient en être extrêmement variées, mais l'autorité qui en découlait apparaissait comme « naturelle ».

Pourtant, dans certains cas, cette autorité paternelle pouvait également prendre des formes tyranniques,

rendant la vie de ceux qui y étaient soumis, enfants et femmes, très difficile. Lorsque cet autoritarisme consécutif à une autorité exercée sans limites eût abouti à des excès qui devinrent intolérables au regard du contexte qui avait passablement évolué entretemps, une vague de révolte gronda et s'exprima de façon parfois violente au cours de la période soixante-huitarde.

C'est dans cette ouverture que se glissèrent un certain nombre de causes justes qui n'avaient pas jusqu'alors été suffisamment entendues. Nous ne les étudierons pas toutes, mais citerons néanmoins les combats pour la liberté et l'égalité des femmes et celui pour les enfants. Le premier combat avait commencé bien antérieurement, et les femmes avaient avancé sur ce terrain de façon notable. Mais le passage de l'autorité paternelle à l'autorité parentale conjointe est une des grandes victoires en matière de parentalité.

Le deuxième combat avait également commencé avant cette période de mai 68, mais ces ouvertures ont permis une véritable réflexion suivie de diverses actions promouvant une nouvelle philosophie en faveur des enfants, notamment la reconnaissance des situations de maltraitance et d'abus sexuels dont les enfants étaient victimes sans que la Loi vienne clairement dire les limites à ne pas franchir.

Un autre élément a également joué un rôle majeur dans cette évolution, et c'est la possibilité de dissocier, au sein de la sexualité humaine, la fonction de sexualité reproductrice de celle de sexualité plaisir grâce à la mise au point des contraceptifs efficaces. Tous ces éléments et bien d'autres que nous ne pouvons pas tous passer en revue ont contribué à équilibrer les rapports entre hommes et femmes, et à l'intérieur de cet ensemble, entre pères et mères.

C'est dans ce contexte que les réflexions sur les fonctions paternelles et maternelles prennent tout leur sens, permettant d'appréhender la nécessité d'une autorité conjointe dans l'exercice de la fonction limitante parentale. En effet, il ressort de nos analyses que l'enfant

difficile est pour partie le résultat d'un développement qui se fait à partir de la reconnaissance de ses compétences en appui sur son narcissisme (trop?) florissant, mais sans qu'il se soumette suffisamment aux conditions d'une vie en société. C'est-à-dire sans intégrer la dimension fondamentale de l'autre dans la vie de chacun des membres d'une société. Une différenciation entre fonction paternelle et fonction maternelle, ouvrant en temps utile sur une possibilité de tiercéisation symbolisante (quelle que soit la forme que prend le vivre ensemble avec un enfant aujourd'hui), semble aujourd'hui un véritable enjeu pour la qualité de nos sociétés.

Lorsque ce modèle triadique ne s'applique pas, nous voyons apparaître des relations trop rapprochées entre la mère et son enfant, ce qui amène souvent cet enfant à occuper tout le terrain disponible pour son seul développement, sans bien intégrer la rencontre avec le principe de réalité et demandant sans cesse à sa mère de combler tous ses désirs sans supporter qu'elle puisse même imaginer ne pas obtempérer. Toutes les conditions sont alors réunies pour en « faire » un enfant difficile, peu préparé à supporter les frustrations ordinaires de l'existence, et surtout à prendre lui-même, à chaque fois que cela est possible, les résolutions à apporter au problème posé sans toujours en rejeter la responsabilité sur celle dont il est devenu dépendant à vie de façon aliénante. Nul doute que l'augmentation exponentielle des pathologies addictives vienne signer l'expansion de ces phénomènes de dépendance non dépassable.

### **L'autorité parentale conjointe**

La notion d'autorité parentale conjointe était censée incarner un juste milieu dans cette articulation entre deux forces opposées. Lorsqu'elle est exercée de façon nuancée et subtile, elle permet d'assortir les deux fonctions maternelle et paternelle pour développer chez l'enfant une bisexualité psychique « bien tempérée », c'est à dire la potentialité d'exercer un jour les fonctions paternelle et maternelle quel que soit le sexe anatomique de l'enfant.

Lorsque, par contre, elle devient le lieu des conflits entre parents (qui finissent par se séparer ou non) et fait vivre à l'enfant des épisodes difficiles voire douloureux, cela marque la difficulté des parents à s'organiser sur le modèle triangulaire. Et nous savons à quel point cette position parentale est importante pour conduire un enfant vers le complexe oedipien, qui permet à chaque enfant d'intérioriser les lois fondamentales du fonctionnement du groupe social : l'interdit de l'inceste et du parricide.

Il y a donc un grand intérêt à réfléchir à la façon dont les fonctions maternelles et paternelles se conjuguent, indépendamment du genre de chaque parent, et en fonction des histoires se recomposant au fur et à mesure des rencontres possibles de chacun des parents. Un enfant d'aujourd'hui peut vivre une histoire au cours de laquelle il sera conduit à expérimenter différents scénarios de vie quotidienne qui lui feront toucher du doigt les modalités plurielles de la parentalité contemporaine.

### **La question des écrans**

Nous évoquerons ici uniquement quelques aspects du rôle des écrans en lien avec les enfants difficiles. Car l'essor de la télévision et des écrans en général a des conséquences sur le développement de l'enfant et sur la manière dont il va découvrir le monde. Ces modifications s'ancrent dans la sphère familiale partant de la position parentale mais relèvent également d'une responsabilité sociale et institutionnelle.

Ainsi par exemple, la présence des écrans dans les maternités voire les salles de travail est à prendre en compte. L'enfant naît sous le regard de ses parents. Ce regard soutient l'attachement mutuel entre la mère et le tout-petit, attachement qui fournit une base sécurisante. Ce regard-miroir déclenche une «imitation croisée» entre la mère et l'enfant, ce qui permet au bébé de grandir et de s'épanouir. Or une mère captée par l'écran ne peut mettre en place le dialogue narratif si précieux à l'enfant. L'environnement des écrans dès les premiers jours, avant même de concerner directement

l'enfant lui-même, a donc un lien sur la venue au monde et l'attachement premier.

Pour se développer, le bébé devient peu à peu acteur de son environnement par sa capacité d'interagir avec les objets et par la motricité, comme nous l'avons évoqué précédemment dans l'approche sensorimotrice. Pour construire ses repères, il a besoin de mettre tous ses sens en éveil : il met en bouche, regarde, touche, manipule, explore, expérimente, transforme en bouillie de salive le bout de pain manipulé... La télévision et les écrans en général ne lui sont donc d'aucun apport durant les premières années. Aucuns programmes, pas même ceux qui se prétendent conçus pour lui, ne lui sont adaptés.

De plus, le jeune enfant soumis précocement aux écrans est incapable de comprendre le sens et de décoder le rythme énergétique des images, des couleurs, des sons. Il présente le risque d'intégrer cette excitation comme ingrédient nécessaire dans sa personnalité en formation. L'écran devient un équivalent technologique de la relation parentale pathogène, hyper stimulante et intrusive.

Aussi, l'enfant doit peu à peu apprendre à faire face à l'absence, au vide, à l'ennui... Cette capacité d'être seul lui ouvrira le monde des pensées qui lui permettra plus tard de ne pas être dans une activité incessante, une avidité de consommation (achat inutiles, alcoolisme, partenaires kleenex...). Édulcorer voire colmater la douleur de la frustration notamment par la fascination et la consommation des écrans risque d'entraîner l'enfant dans une pseudo- satisfaction par le biais d'objets externes qui ne l'apaiseront jamais car le manque est interne.

Pour empiler 3 cubes sur le smartphone de son parent, le bébé doit posséder des pré-requis : ceux de savoir empiler des vrais cubes dans la réalité. En effet, l'accès à la troisième dimension se fonde sur l'acquis premier du monde à deux dimensions dans lequel le bébé vit d'abord, sensible aux contacts de surface. L'exploration de ce premier monde donne accès à la

découverte de la profondeur du regard, spécifique et inaugurale de la troisième dimension. Pour y accéder, il faut donner à l'enfant le temps de construire d'abord ses repères corporels et temporels propres. L'utilisation de tablettes avant 3 ans doit donc être ponctuelle et toujours accompagnée par le parent.

Durant toute l'enfance prime le besoin de découvrir toutes les possibilités sensorielles, motrices et cognitives engageant les dix doigts pour développer l'habileté motrice de l'enfant et son cerveau. Le risque des écrans qui accaparent toute son attention et tout son temps a des incidences sur l'agitation et le manque de concentration. Ce risque s'additionne au déficit du temps que l'enfant passera à jouer, activité primordiale pour lui.

La socialisation de l'enfant passe par l'apprentissage des règles du vivre ensemble, entre autres par le modèle que lui offre ses parents. Ici encore, les écrans ouvrent bien des questions en lien à leurs « bons usages et mésusages » et aux difficultés de certains enfants. Ainsi, la connexion permanente aux écrans privilégiant le rapport à l'absent plutôt que la relation en direct, mais aussi l'isolement des membres d'une même famille en ce compris de très jeunes enfants, chacun dans sa chambre face à son écran, pose de véritables questions d'éducation. Privilégier des temps d'écrans limités en suscitant le dialogue permanent partant de programmes sélectionnés en famille offre des pistes pour y répondre.

Donc, les écrans s'invitent partout et offrent désormais en flux continu la possibilité de faire plusieurs choses à la fois, de jongler d'une tâche à l'autre en un seul clic. La culture du zapping ouvre sur un modèle de dispersion, d'agitation où réel et virtuel se côtoient. Ces avancées technologiques ont bien entendu un prix à payer, et d'autant plus si les préalables sont balayés et si les conditions de ses usages ne sont pas adaptées aux besoins cognitifs et psychiques de l'enfant. Ainsi, les capacités de concentration, de réflexion de l'enfant en particulier sont détournées au profit d'une multitude de sollicitations toujours renouvelées.

Les professionnels peuvent attirer l'attention des parents sur ces questions, mais également être attentifs aux écrans présents dans les lieux d'attente ou d'accueil. Ainsi il est urgent de penser collectivement la place des télévisions qui s'invitent par exemple dans les crèches, les écoles maternelles, les réfectoires scolaires...

### **La culture de la performance et de la réussite**

Depuis plusieurs décennies, la fragilisation progressive des positions sociales des parents et de leur rapport avec l'emploi, tout en augmentant les exigences sociales à leur égard (et notamment le culte de la réussite et de la performance) produit des effets délétères sur les enfants. En effet, chaque parent se dit que, dans ce monde impitoyable auquel ils sont eux-mêmes soumis, il n'y a qu'un moyen de survivre, celui qui consiste à réussir à l'école. Ainsi cette culture compétitive de la réussite gagne la scolarité dès le plus jeune âge. L'apprentissage y est privilégié au détriment du jeu et de l'expérience par essais et erreurs, nécessaires au développement de l'enfant. Or, l'enfance et d'ailleurs l'adolescence sont caractérisées par le besoin d'expérimenter, de faire des essais, des brouillons, de vivre des échecs pour éprouver la capacité de s'en sortir.

Par exemple, il est fréquent désormais d'être sollicité pour autoriser ou conseiller le passage d'un élève de maternelle en CP un an plus tôt sous le seul prétexte qu'il serait « précoce » et pourrait ainsi « gagner » une année dans le cursus par rapport à ses pairs et donc prendre de l'avance pour entrer à... Polytechnique. Ce climat a des conséquences sur tous les enfants – ceux qui sont l'objet d'ambitions démesurées des parents, des enseignants et de l'institution scolaire et qui feront les frais d'une pression constante pour leur réussite programmée, mais aussi ceux qui ne sont pas du même niveau, qui feront leurs apprentissages au rythme habituel, faute de pouvoir accéder à l'Olympe des élus. Dans de nombreuses classes, même maternelles, la tension est palpable lorsque ce genre de scénario est introduit par des parents anxieux du devenir de leur progéniture.

L'enfance est un âge au cours duquel l'enfant doit jouer tout son comptant pour accéder dans de bonnes conditions aux apprentissages scolaires. Rogner sur ces temps de jeu, physiques et psychiques, est contre-productif et risque souvent de transformer en enfants difficiles ceux qui ont un rythme d'apprentissage spécifique à respecter, et pour lesquels la maturité développementale les fait « lambiner » quelque peu sans que cela ait de conséquences sur leur avenir à moyen terme.

Les cultures de la réussite à tout prix et de la performance qui nous viennent des « managers d'entreprises » ne sont pas le moins du monde adaptées à l'école. En revanche, l'émulation entre enfants à propos des apprentissages physiques et cognitifs est un des aspects ludiques de la curiosité intellectuelle et, en tant que tel, un puissant moteur pédagogique.

## Aider les enfants difficiles, des approches multiples

### La fonction limitante de la toute-puissance infantile

Sans reprendre en détail le développement de l'enfant, j'insisterai sur cette subtile dialectique entre, d'une part, la nécessaire croissance de la toute-puissance infantile comme condition de possibilité du narcissisme de vie qui produit l'énergie vitale de chacun de nous, depuis l'exploration des compétences fœtales jusqu'aux compétences du bébé en interaction, et, d'autre part, la fonction limitante parentale qui permet de la contenir au fur et à mesure de son expansion. En effet, la toute-puissance infantile des premières semaines de la vie et l'unité mère-bébé laissent place peu à peu à une différenciation dans la relation mère-bébé. Celle-ci introduit une limite inaugurale à la curiosité infantile pour engager un processus de connaissance plus large du monde.

À la lumière de ses expériences avec les enfants, Dolto propose l'idée intéressante que le processus de la perte de quelque chose, la castration, ne se résume pas, et de loin, à l'exemple du petit garçon en période oedipienne de devoir renoncer à épouser sa mère, mais concerne tous les enfants à plusieurs reprises dans leur développement. Et qu'en outre, non seulement cela vient marquer l'intériorisation d'un interdit posé à l'enfant, mais cela vient aussi ouvrir de nouvelles perspectives à l'enfant dans son développement, à la fois expérientielles et symboliques. En effet, il ne s'agit pas d'interdire la prorogation de certaines expériences dans le développement ; il s'agit plutôt de les limiter au titre d'expériences antérieures ayant été nécessaires à une étape du développement, pour ouvrir de nouveaux champs à la curiosité infantile et ainsi engager un processus de connaissance plus large du monde.

Ce processus commence avec la coupure du cordon ombilical. En faisant cela, la sage-femme, l'obstétricien, le père, selon les diverses modalités possibles, vient d'une certaine façon dire au bébé que son vécú antérieur, qui consistait à être nourri en contenu par sa mère grâce au cordon ombilical, est définitivement révolu. Il ne pourra jamais retourner dans le ventre maternel pour y être nourri par voie sanguine. Cette dépendance totale va donc devoir évoluer vers un nourrissage fractionné, oral, dans lequel il devra faire un petit effort pour se nourrir, ne serait-ce que celui de téter. Ce faisant, il construit très progressivement son rôle d'acteur dans son développement : il n'est pas encore très actif en étant sa mère, mais néanmoins plus que quand il était nourri par l'artère ombilicale.

Cette opération porte pour Dolto le nom de castration ombilicale. Elle ouvre la période orale du développement, celle du nourrissage par voie orale, mais aussi celle de la découverte de la colonne phonatoire qui sort des poumons par la même bouche et produit les précurseurs du langage : vagissement, gazouillis, babillages... Cette période orale dure plusieurs mois et le lait qui constitue l'aliment unique va peu à peu être enrichi d'une alimentation diversifiée.

Puis un jour arrivera, celui du sevrage. Le sevrage de la « voie lactée » pour le bébé peut coïncider avec la castration orale si le bébé se tient pour dit que désormais non seulement il ne disposera plus du sein maternel à sa guise, mais qu'en outre, il pourra se nourrir autrement et d'autres choses qui valaient le coup d'être découvertes. L'interdit porté sur l'accès au sein maternel (la castration orale de Dolto) n'est donc pas un interdit pur et simple, c'est une limitation qui ouvre d'autres mondes à l'enfant.

Lors de la deuxième année, l'enfant se prépare à marcher, à courir et l'apogée de sa toute-puissance infantile peut lui donner l'illusion que tout est à portée de main dès qu'il le désire. D'un certain point de vue, l'apprentissage de la propreté n'est qu'un cas particulier d'apprentissage de la maîtrise musculaire focalisé sur les sphincters anal et urétral qui la permettent. Si l'on

suit cette logique, un enfant qui peut apprendre la propreté peut contenir sa violence, puisque la musculature est l'organe effecteur de la toute-puissance infantile. Si la castration musculaire est instaurée, l'enfant saura qu'une alternative existe lorsqu'il est envahi par le désir de posséder un objet qui ne lui est pas autorisé. Cette alternative, la grande bifurcation vers le langage, est la possibilité pour l'enfant dans sa deuxième année de faire appel à sa compétence de représentation (parler, fantasmer, rêver, jouer) pour supporter de ne pas avoir ou faire immédiatement ce qu'il désire.

Nous retrouvons ici la possibilité que l'enfant a mise au point lorsqu'il a été confronté au principe de réalité, et qu'il a dû différer dans le temps la satisfaction de ses désirs. Et dans ce processus fondateur de la civilisation, les représentations de choses (les images, les sons, les odeurs), les représentations de mots (les mots pour dire les choses), les jeux de toutes sortes et enfin le langage, sont les outils nécessaires pour construire cet espace interne dans lequel il pourra patienter en attente de satisfaction.

Pour y parvenir, l'enfant a besoin de s'appuyer sur des signes clairs en provenance des parents, le sourcil qui interdit, la prosodie qui commente, la retenue qui déconseille. C'est dire toute l'importance dans ce processus de la position parentale.

## **Les conditions de la « tenue » de la fonction limitante par les parents**

Pour les parents, la fonction limitante ne surgit pas d'un coup à la fin de la deuxième année. Elle intervient tout au cours du développement à l'occasion de chacune des castrations symboligènes, ombilicale, orale et musculaire. Celles-ci sont déterminantes dans la mise en place de l'assignation d'un genre à l'enfant : j'ai un pénis, donc je suis un garçon, donc je ne suis pas une fille ; ou j'ai une vulve, donc je suis une fille et donc je ne suis pas un garçon. Cette identité acquise est nécessaire à l'entrée dans le complexe d'Œdipe, aboutissant à l'intériorisation des interdits de l'inceste et du parricide.

Mais la propre enfance des parents est en question. En effet, comment se débrouillent-ils eux-mêmes avec leur propre plaisir soumis au principe de réalité ? Comment font-ils pour tenir le « non » à leur enfant lorsque la situation l'exige ? Autant de questions qui influent considérablement sur la qualité des interactions familiales. Le style des relations entre parents et enfant est-il inspiré ou imposé par le trans- ou l'intergénérationnel ?

On distingue transgénérationnel et intergénérationnel pour mieux comprendre le style de transmission entre les parents et leurs enfants : le mode transgénérationnel est plutôt sans parole, du genre « c'est comme ça et pas autrement », tandis que l'intergénérationnel est basé sur les échanges langagiers. De ce fait, le premier mode de transmission aboutit souvent à la constitution de secrets de famille, de cryptes, de « fantômes dans la chambre des enfants », qui sont autant de facteurs de risques pour les enfants : « Je vois bien que lorsqu'il est question de l'oncle Untel, mes parents se jettent des regards lourds de sens mais que je n'ai jamais compris, et je sais que cela a longtemps pesé sur mes relations avec mes parents. »

On voit mieux ainsi comment le mandat générationnel peut peser sur la fonction parentale et compliquer la tâche d'un enfant qui doit comprendre le monde dans lequel il grandit. Ceci peut parfois aussi l'amener à être « difficile »

## **Prévention prédictive ou prévention prévenante**

La prévention en pédopsychiatrie ne relève pas des mêmes paradigmes que l'infectiologie ou la cancérologie. Il nous faut garder l'idée d'une pensée psychopathologique spécifique de la prévention.

À l'inverse, la prévention peut rapidement devenir le champ d'une morale prétendument scientifique qui vise à faire passer sous le couvert d'une science devenue caution, les messages visant à protéger certaines

vertus plus que d'autres. Dans les dernières années, plusieurs combats ont eu lieu entre partisans d'une prévention prédictive et ceux d'une prévention prévenante.

Les premiers ont par exemple entretenu l'idée que, puisque tous les délinquants ont eu une petite enfance à problèmes, il suffisait de prévenir les troubles de la petite enfance et le tour était joué ! Mais c'est là que se pose le problème : comment choisir, dans tous les signes de souffrance psychique présentés par les enfants, ceux qui pourraient apparaître comme des signes avant-coureurs de délinquance (agressivité de l'enfant, hyperactivité, mensonge...), ceux qui en sont réellement prédictifs ?

La connaissance du développement de l'enfant montre qu'il est bien difficile de corrélér de telles problématiques entre elles sans commettre des biais qui invalident les conclusions qui pourraient en être tirées. Il semble donc plus prudent et partant plus citoyen de proposer une prévention prévenante, accueillante et se donnant pour mission le soin des souffrances psychiques des enfants sans s'engager avec eux dans un pronostic dont nous savons qu'il est souvent erroné voire impossible à faire, ce qui conduit aux risques de prophétie auto-réalisatrice et autres effets Pygmalion.

## **Penser l'institution**

Les enfants sont accueillis dans des établissements tout au long de leur vie : depuis la crèche jusqu'à l'école maternelle, puis de l'école primaire et secondaire à l'université ; ils connaissent également des clubs sportifs, des conservatoires de musique ou de peinture, une association de scouts ou un groupe de rappeurs. Mais ce n'est pas parce que ces établissements existent qu'ils sont pertinents pour aider les enfants qui présentent des difficultés de divers ordres.

Il faut s'intéresser à la manière dont les professionnels des établissements en question font vivre ces lieux d'accueil des bébés, enfants et adolescents. Il y a lieu de penser ces groupes de professionnels qui forment

autant d'institutions. Lorsque chaque professionnel n'est que prestataire de service, il se situe dans une logique commerciale qui consiste à vendre ses services à un organisme chargé de les vendre à son tour à ses clients.

Le statut d'enfant est peu compatible avec cette vision des choses. Au contraire, l'enfant a besoin d'être non seulement l'objet de prestations scolaires ou périscolaires, mais également le sujet de son développement intellectuel et psychoaffectif.

L'expérience montre chaque jour la nécessité pour les équipes de construire ensemble leur philosophie de travail, de parler des difficultés rencontrées, d'anticiper des pistes de solutions. À ces conditions, le projet commun et le cadre pensé collectivement offriront une assise forte aux enfants, et notamment aux enfants les plus difficiles qui en testeront la solidité et mettront à épreuve les failles.

De très nombreuses expériences lancées par Aichorn, Montessori, Freinet, Tosquelles, Deligny, Fernand Oury, et beaucoup d'autres ont reposé sur l'étude du fonctionnement des institutions au service des enfants, soit pour leur scolarisation, soit pour leurs soins. Les grands principes qu'ils nous ont transmis permettent de proposer des améliorations notables de leurs résultats. Ces logiques institutionnelles permettent en quelque sorte de donner aux adultes qui y interviennent l'occasion de penser leurs fonctionnements au service des enfants accueillis, difficiles ou non, et ainsi de redonner aux plus fragiles d'entre eux des chances de sortir d'un destin tout tracé.

## **Promouvoir une culture du jeu**

L'analyse approfondie du développement des enfants aboutit, quelles que soient les références théoriques utilisées, à la même conclusion : le jeu est le moteur essentiel du développement du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. Une fois l'âge adulte, le jeu conserve toute sa force sublimatoire dans les processus vitaux.

La culture ambiante de la performance et de la réussite dont nous avons parlé précédemment privilégie les apprentissages et tend à faire passer l'idée que le jeu est autant de temps perdu.

Or, tous les psychologues du développement insistent sur le fait que l'enfant passe par différentes phases au cours desquelles le jeu prend diverses formes corporelles, corporo-psychiques, psychiques, groupales, familiales... et qu'à chaque étape l'enfant s'approprie le monde dans lequel il vit en jouant et rejouant les expériences qu'il vient de traverser. Ce faisant il fabrique des représentations qui vont constituer les matériaux psychiques et corporels de ses apprentissages. Support d'apprentissage, le jeu est également support de communication pour l'enfant avec lui-même et avec son entourage, régulateur des échanges affectifs. Ainsi le jeu peut-il par exemple être l'occasion d'expérimenter dans un cadre ludique les règles et les limites de la vie en famille et en société. Des jeux de classement, de rangement, de tri offriront à l'enfant dès son plus jeune âge un temps d'apprentissage mais également une occasion d'apaisement, l'éloignant du statut d'enfant difficile.

Par le jeu, l'enfant se construit : réduire le jeu au profit des apprentissages place l'enfant dans une pression démesurée qui peut devenir problématique pour son développement. Aussi, tout ce qui va dans le sens de faciliter le recours au jeu, quel qu'il soit et à toutes les étapes de l'enfance, est-il bienvenu dans tous les lieux accueillant des enfants.

## **La prévention**

Nous avons vu les quelques réflexions qui guident nos actions dans ce domaine. Dans ma pratique lilloise, j'ai été amené à animer un groupe de travail à partir de la mairie de Lille, sur « violences et enfances ». Nous avons travaillé non seulement les aspects théoriques en organisant des états généraux qui ont attiré beaucoup de professionnels et de parents à réfléchir avec nous sur les variations sur ce thème général.



Et nous avons développé des expériences sur le terrain des quartiers les plus en difficulté. C'est ainsi que nous avons entrepris de travailler avec les professionnels de l'enfance intéressés, en instaurant dans les écoles volontaires, notamment, le « jeu des trois figures » conçu par Serge Tisseron. Ont également été menés avec les enfants des ateliers philosophie, des séances d'information sur la prévention des effets des violences conjugales, et sur les fonctions garçon-fille dans l'éducation générale. La réunion régulière de tous ces acteurs dans un même secteur géographique est une façon de mettre en réseau, non pas par décret, mais par objectifs partagés et réfléchis ensemble.

Un problème qui était relégué jusqu'alors dans les limbes des préoccupations des professionnels est en passe d'être enfin pris en considération, celui des enfants boucs émissaires. Il peut arriver que sous l'enfant difficile se cache un enfant harcelé à l'école qui ne peut dire autrement son mal-être. Des travaux d'approche de cette problématique sont réalisés avec les enseignants qui sont particulièrement concernés.

Loin d'être exhaustifs, ces exemples ne sont que les premiers pas d'une action préventive concrète qui soutient les professionnels et les parents, et donc leurs enfants, dans une approche ouverte et active. Ce qui me paraît important à mettre en avant dans cette expérience est le fait d'avoir pu rassembler de manière pluridisciplinaire de nombreux intervenants autour d'une question qui relève bien de champs multiples. Il paraît clair que les enfants difficiles issus de parents présentant des difficultés à tenir la fonction limitante parentale vont être les premiers à bénéficier de telles approches préventives et prévenantes. La souffrance psychique qui est à l'origine de leur « profil » d'enfant difficile peut trouver dans ces formes d'aide un support suffisant pour réorienter leur trajectoire plus positivement.

## **Les traitements**

### **Les psychothérapies**

La psychothérapie est une méthode de traitement de la souffrance psychique en général et des enfants en particulier. Cela consiste à rencontrer plusieurs fois une personne qui a la formation de psychothérapeute pour trouver avec elle des façons de moins souffrir psychologiquement, et notamment, pour les enfants difficiles, de dépasser les raisons pour lesquelles ils sont considérés comme tels.

Au cours de chaque rencontre, l'enfant raconte par la parole lorsqu'il le peut, par le dessin, par le jeu du psychodrame, les difficultés qu'il traverse. Le psychothérapeute l'écoute attentivement et tente de nouer un dialogue avec lui, de façon qu'il se sente entendu, compris et aidé tout le temps nécessaire. Au fur et à mesure que la confiance s'instaure entre l'enfant et son psychothérapeute, le premier pourra dire des choses qu'il ne dirait pas à n'importe qui, afin de mieux comprendre ensemble ce qui le fait souffrir, ouvrant ainsi souvent son intimité psychique à son thérapeute.

Il arrive un jour où le partage effectué entre les deux partenaires de la psychothérapie leur permet de cerner les difficultés rencontrées et amène celles-ci – parce qu'elles ont été repérées, dites, partagées et parfois élucidées – à perdre de leur potentialité de souffrance. Cette relation de confiance instaurée entre l'enfant et son psychothérapeute s'appelle la relation transférentielle, en référence à un concept découvert par Freud et qui permet de revivre authentiquement les expériences antérieures, et notamment infantiles.

Une erreur souvent commise par certains psychothérapeutes consiste à ne pas suffisamment prendre en considération les parents et leur souffrance liée au fait d'avoir un enfant difficile. Lorsque l'espace de l'enfant est préservé pour établir une confiance partagée avec l'enfant, mais que la souffrance des parents est également considérée à sa juste place, alors les conditions peuvent être réunies pour faire un travail psychothérapique utile.

Les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), se situent quant à elles du côté de ce qu'on pourrait appeler les pratiques et les théories éducatives visant à modifier un comportement par une répétition pratiquée autant de fois que nécessaire sur le modèle éducatif.

Actuellement la société a tendance à ne plus accorder autant d'importance à la psychothérapie classique, au profit de ces thérapies cognitivo-comportementales dites plus « rentables », voire plus faciles à évaluer.

Or il n'est pas équivalent de se donner les moyens de comprendre un comportement dans une économie psychique plus générale articulant symptômes (y compris comportementaux) et structure psychopathologique sous-jacente. Dans cette perspective on comprend d'ailleurs aisément que l'évaluation des TCC est beaucoup plus simple et réalisable que celle des psychothérapies. Des évaluations de pratiques psychothérapeutiques sont néanmoins en cours et montrent déjà des résultats qui n'ont pas à faire rougir ceux qui les pratiquent.

### **Les soins**

Il arrive que des enfants aient besoin de soins, et dans ce cas, force est de constater que les mises en réseaux évoquées ne peuvent que faciliter le recours rapide et adéquat aux soins nécessaires. Pour parvenir aux soins, l'enfant présentant une souffrance psychique avérée doit pouvoir rencontrer les personnes ressources qui sauront l'orienter vers les réponses pertinentes. Ce sont souvent les professionnels de l'enfance qui jouent ce rôle, côtoyant l'enfant soit dans des situations de garde (crèches, haltes garderies...), soit en milieu scolaire (instituteurs, psychologues...), soit en position médicale ou paramédicale (orthophonistes, pédiatres...).

Les soins peuvent être indiqués après qu'un diagnostic étayé ait été posé par un pédopsychiatre. Ils sont prodigués dans la plupart des cas en suivis ambulatoires

(l'enfant reste en famille et à l'école), mais peuvent parfois faire l'objet d'une orientation spécialisée dans des établissements d'éducation spécifiques ou des services de pédopsychiatrie.

Quel que soit le soin prescrit, il est indispensable que les parents soient co-acteurs de ces prises en charge et que l'enfant puisse bénéficier autant que faire se peut d'une préservation de ses liens familiaux et sociaux, sous peine d'aggraver sa position d'enfant difficile.

### **Les médicaments**

L'accueil de la souffrance psychique des enfants difficiles nécessite parfois d'avoir recours aux médicaments psychotropes. Mais lorsque c'est le cas, ce recours ne peut se faire en première intention. Il n'est envisageable de prescrire des médicaments psychotropes aux enfants que si un premier travail psychothérapeutique a été entrepris et qu'il montre ses limites à lui seul. Il arrive que, dans certains cas très précis et bordés par une approche diagnostique rigoureuse, le pédopsychiatre puisse prescrire un psychotrope. C'est le cas notamment de certains enfants qui présentent un tableau tel celui de Trouble Hyperactivité et Déficit de l'Attention THADA (TDAH). Dans les cas où ce diagnostic est retenu mais seulement après élimination de beaucoup d'autres types d'instabilités psychomotrices (dépressions...), il est intéressant de prescrire un médicament spécifique de ce trouble. Mais à chaque fois, il est recommandé d'engager également une psychothérapie pour aider l'enfant dans la compréhension de sa souffrance psychique.

Car le psychotrope agit essentiellement sur l'attention et l'impulsivité et non pas sur les causes. De la même manière, un certain nombre de troubles du comportement peuvent être aidés par une prescription de psychotrope, mais à condition toujours de comprendre ce trouble dans l'ensemble de la vie quotidienne de l'enfant.

Certains pays connaissent actuellement des dérives dans la prescription des psychotropes chez les enfants, et un

éditorial de la très célèbre revue *Nature neuroscience*<sup>5</sup> attirait récemment l'attention des éventuels prescripteurs sur les dangers de ces molécules sur des enfants dont le cerveau est en développement. En tout état de cause, la prescription relève d'un acte médical et doit être entouré à ce titre de toutes les précautions nécessaires à l'exercice médical global, à l'opposé des pratiques déviantes qui pourraient se contenter d'un vague diagnostic assorti d'une prescription systématique dans tel ou tel diagnostic régi par des protocoles sauvages.

### **La prise en charge pédopsychiatrique multidisciplinaire**

En outre, la pédopsychiatrie ne peut s'exercer de façon solitaire en ce qui concerne les enfants difficiles. Très souvent, ces enfants sont accueillis et pris en charge par plusieurs personnes qui constituent une équipe pluridisciplinaire collaborant de fait avec les parents, l'école ou l'établissement médicosocial chargé de recevoir l'enfant. Le pédopsychiatre est donc par essence un médecin d'enfants en contact constant avec les autres partenaires de l'enfant et avec ses parents, et le nombre de ses contacts est souvent élevé : pédiatre, enseignant, éducateurs, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes/logopèdes, infirmiers, juge de la jeunesse, travailleurs sociaux... c'est peu dire que sa fonction s'inscrit dans une pluridisciplinarité quasi-obligatoire.

### **Autres pistes**

#### **Le mouvement de « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans ! »**

Fin 2005 en France, l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (Inserm) publiait un rapport sur le « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », préconisant un repérage précoce des comportements perturbants dès la crèche et l'école maternelle pour anticiper la survenue de comporte-

ments délinquants à l'adolescence. Le collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » a été créé en 2006 à l'initiative d'une dizaine de praticiens en réponse à ce rapport de l'Inserm sur les troubles des conduites du jeune enfant, et aux projets de prévention prédictive de la délinquance alors mis en avant par le gouvernement français à la suite des tristes événements des banlieues de 2005.

Ce vaste mouvement « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » a recueilli deux cent mille signatures en quelques mois, tant il apparaissait contre-productif de laisser se déployer ce « bouclier anti-délinquance » dès l'âge de trois ans. Ces constats et pistes faisaient fi des avancées des professionnels de la petite enfance, et tendaient à mettre en avant leurs faibles résultats devant les problèmes de violence, alors qu'il s'agissait surtout d'un manque de moyens pour traiter préventivement.

Voilà typiquement un phénomène qui indique les dégâts d'une pensée simplificatrice en matière de prévention, surtout lorsqu'elle se pare des vertus de la science sans en adopter la démarche fondamentale et les précautions épistémiques.

### **La recherche**

Enfin, la recherche fait partie intégrante de ce processus général de pensée et de refus des actions simplistes. Sur base de recherches, peuvent se développer des programmes de prévention avec les pédiatres, les pédopsychiatres et d'autres professionnels concernés dans leurs pratiques et leurs réflexions quotidiennes. À titre d'exemple, nous avons réalisé une étude préliminaire avec les pédiatres de notre région Nord-Pas-de-Calais qui vise à préciser le repérage et la prise en charge des symptômes fonctionnels des bébés (insomnies, anorexies, troubles de la régulation...) liés à une dépression maternelle du post-partum. L'incidence de cette pathologie (entre 15 et 20% de DPN suivant les études) en fait un enjeu majeur de santé publique.

5. *Edito Nature Neurosciences*, Credibility crisis in pediatric psychiatry, 11, 1233 (2008).

## Conclusion

Nous projetons d'étendre cette étude à l'ensemble des pédiatres libéraux français pour fabriquer avec eux un précieux outil de prévention de la souffrance psychique des bébés et de leurs mamans. Que les professionnels de la petite enfance consacrent une part de leur activités à des activités de recherche est une manière de soutenir et maintenir vivant leur travail quotidien, de confronter nos théories à d'autres. Curiosité et altérité... nous y revenons une fois encore.

Nous voilà parvenus au terme de cet essai sur l'enfant difficile. Nous avons vu qu'il pouvait s'agir de situations extrêmement différentes en fonction de plusieurs paramètres, développementaux, contextuels, institutionnels, sociétaux. Nombre de cas d'enfants difficiles relèvent de ce qu'on pourrait qualifier de difficultés majeures des parents à assurer la fonction limitante parentale. Lorsque cette fonction fondamentale de l'éducation n'est pas assurée, l'enfant va occuper tout l'espace laissé libre par l'absence de limites claires.

Alors sa toute-puissance infantile, plutôt que d'être canalisée par cette fonction civilisatrice pour être transformée et aboutir à l'exercice d'une curiosité infantile ouvrant la porte à l'acquisition des savoirs et à des expériences éthiquement contenues, le conduira à d'autres expériences basées essentiellement sur la recherche de sensations, de risques, sur l'acquisition d'objets de consommation, et sur la fuite dans l'addiction aux écrans, faisant de lui un enfant « de plus en plus difficile ».

Avant d'en arriver à ces extrémités, nous avons vu que les professionnels pouvaient aider les parents à recourir aux moyens d'une prévention bien comprise afin de les aider sans culpabilité à retrouver le chemin de leurs premières intuitions éducatives parentales.

Nous avons également vu que d'autres types d'enfants difficiles pouvaient exister, et notamment tous ceux qui sont concernés par la psychopathologie relevant du domaine du pédopsychiatre. Dans ces cas, il est important d'avoir recours à des professionnels aguerris, capables de poser un diagnostic et de proposer des indications de prises en charge qui seront assurées par des personnes formées. Si la plupart de ces prises en charge peuvent se mettre en place et se poursuivre dans un cadre habituel pour l'enfant, il peut arriver que

certains soins soient prodigués dans des services spécialisés, au moins pour un temps.

Dans tous les cas, l'enfant difficile peut souffrir d'être exclus de son milieu ordinaire et il revient à ceux qui le prennent en charge de mettre tout en œuvre pour faciliter le lien avec le milieu familial et scolaire. Et dans tous les cas également, les approches préventives peuvent servir à tous les enfants difficiles et à leurs parents.

Gageons que l'enfant du XXIème siècle, à défaut d'être parfait, ne sera pas systématiquement un enfant difficile. Il est utile de faire connaître tout ce qui peut l'amener à bénéficier des avancées et des réflexions des théoriciens et des praticiens de la petite enfance, afin que tout ce qui contribue à faciliter le travail psychique de la représentation soit mis en œuvre pour ne pas retourner vers des solutions simplificatrices (médicaments, traitement du seul comportement...), indices d'une régression sociétale majeure.

Nous avons vu que le mot-valise d'*enfant difficile* correspond à de très nombreuses occurrences, qu'il y a lieu de préciser dans chaque situation afin d'y apporter des réponses suffisamment bonnes. Nous pourrons ainsi aider au mieux les parents d'aujourd'hui dans leur travail de parentalité, bousculés qu'ils sont par de nouveaux paradigmes que nous avons essayé de mettre en lumière.




C'est au fond parce que nous avons la plus grande confiance dans leurs capacités de se nourrir des évolutions pour assurer une continuité d'existence à leurs enfants que nous leur avons consacré ces quelques pages.

# Bibliographie

- Bowlby, J., *Attachement et perte*, PUF, Le fil rouge, Paris, 2002.
- Bullinger, A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Erès, Toulouse, 2004.
- Collectif, *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans*, Erès, Toulouse, 2006.
- Cyrulnik, B., *Sous le signe du lien*, Hachette, Paris, 1989.
- Delion, P., *Écouter, soigner la souffrance psychique de l'enfant*, Albin Michel, Paris, 2013.
- Delion, P., *Le développement de l'enfant expliqué aux enfants d'aujourd'hui*, Erès, Toulouse, 2013.
- Delion, P., *Tout ne se joue pas avant trois ans*, Albin Michel, Paris, 2007.
- Edito *Nature Neurosciences*, Credibility crisis in pediatric psychiatry, 11, 1233, 2008.
- Freud, S., « Pulsions et destin des pulsions » (1915), in *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, 1993.
- Golse, B., Missonnier, S., *Récit, attachement et psychanalyse*, Erès, Toulouse, 2005.
- Houzel, D., « Archaïque et bisexualité psychique », in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 32, 2003, pp.75-96.
- Kandel, E., *À la recherche de la mémoire*, Odile Jacob, Paris, 2011.
- Lebrun, JP., *Un monde sans limite*, Erès, Toulouse, 1997.
- Marcelli, D., *L'enfant chef de famille : l'autorité de l'infantile*, Albin Michel, Paris, 2006.
- Merton, R., *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Armand Colin, 1998.
- Saint Exupéry, A., *Le petit prince, Œuvres*, La Pléiade, Paris, 1959, pp.469-472.
- Tisseron S., *Grandir avec les écrans «La règle 3-6-9-12»*, coll. Temps d'arrêt yakapa, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013.
- Tosquelles, F., *Education et psychothérapie institutionnelle*, Hiatus, Mantes-la-Jolie, 1980.

## Pour approfondir le sujet



-  · Qu'est ce qu'un enfant difficile ?
  - Enfant difficile, enfant malade ?
  - Souffrance psychique de l'enfant, à quels marqueurs être attentif ?
  - Comment soutenir les parents d'enfants difficiles ?
  - Comment ne pas exclure un enfant difficile ?
  - Comment l'enseignant peut-il aider l'enfant hyperactif ?
  - Les limites aident l'enfant à grandir
  - Que faire avec un enfant qui s'oppose à tout ?
  - Que dit l'enfant qui ment ?
  - Quand le caprice de l'enfant signe une prise d'autonomie
  - ...
-  · Cet enfant est-il hyperactif ?
  - ...
-  · L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?

[yapaka.be/enfantdifficile](http://yapaka.be/enfantdifficile)

# Temps d'Arrêt / Lectures

## Derniers parus

- **L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.**  
Collectif.\*
- **Avatars et désarrois de l'enfant-roi.**  
Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.\*
- **Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.**  
Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.\*
- **Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.**  
Reine Vander Linden et Luc Roegiers.\*
- **Procès Dutroux ; Penser l'émotion.**  
Vincent Magos (dir).
- **Handicap et maltraitance.**  
Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.\*
- **Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.**  
Catherine Marneffe.
- **Maltraitance et cultures.**  
Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.\*
- **Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.**  
Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- **Ces désirs qui nous fontonte. Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion.**  
Serge Tisseron.
- **Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.**  
Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- **Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.**  
Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault.
- **L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?**  
Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.\*
- **Voyage à travers la honte.**  
Serge Tisseron.
- **L'avenir de la haine.**  
Jean-Pierre Lebrun.
- **Des dinosaures au pays du Net.**  
Pascale Gustin.
- **L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?**  
Pierre Delion.
- **Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants ?**  
Martine Gayda, Monique Meyfrotet, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe. \*
- **Le traumatisme psychique.**  
François Lebigot.
- **Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.**  
Danièle Epstein.



- **À l'écoute des fantômes.**  
Claude Nachin.
- **La protection de l'enfance.**  
Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- **Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.**  
Jean-Marie Forget.
- **Le déni de grossesse.**  
Sophie Marinopoulos.
- **La fonction parentale.**  
Pierre Delion.
- **L'impossible entrée dans la vie.**  
Marcel Gauchet.
- **L'enfant n'est pas une « personne ».**  
Jean-Claude Quentel.
- **L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?**  
Marie-Claude Blais.
- **Les dangers de la télé pour les bébés.**  
Serge Tisseron.
- **La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle.**  
Michèle Brian.
- **Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.**  
Dominique Ottavi. \*
- **Points de repère pour prévenir la maltraitance.**  
Collectif.
- **Traiter les agresseurs sexuels ?**  
Amal Hachet.
- **Adolescence et insécurité.**  
Didier Robin. \*
- **Le deuil périnatal.**  
Marie-José Soubieux.
- **Loyautés et familles.**  
L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.
- **Paradoxes et dépendance à l'adolescence.**  
Philippe Jeammet.
- **L'enfant et la séparation parentale.**  
Diane Drory.
- **L'expérience quotidienne de l'enfant.**  
Dominique Ottavi.
- **Adolescence et risques.**  
Pascal Hachet.
- **La souffrance des marâtres.**  
Susann Heenen-Wolff.
- **Grandir en situation transculturelle.**  
Marie-Rose Moro.\*
- **Qu'est-ce que la distinction de sexe ?**  
Irène Théry.
- **L'observation du bébé.**  
Annette Watillon.
- **Parents défaillants, professionnels en souffrance.**  
Martine Lamour.\*
- **Infanticides et néonaticides.**  
Sophie Marinopoulos.
- **Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.**  
Serge Tisseron.
- **Cyberdépendance et autres croquemitaines.**  
Pascal Minotte.
- **L'attachement, un lien vital.**  
Nicole Guedeney.
- **L'adolescence en marge du social.**  
Jean Claude Quentel.
- **Homoparentalités.\***  
Susann Heenen-Wolff.
- **Les premiers liens.**  
Marie Couvert.
- **Fonction maternelle, fonction paternelle.\***  
Jean-Pierre Lebrun.
- **Ces familles qui ne demandent rien.**  
Jean-Paul Mugnier.
- **Événement traumatique en institution.**  
Delphine Pennewaert et Thibaut Lorent.
- **La grossesse psychique : l'aube des liens.**  
Geneviève Bruwier.
- **Qui a peur du grand méchant Web ?**  
Pascal Minotte.
- **Accompagnement et alliance en cours de grossesse.**  
Françoise Molénat. \*
- **Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».**  
David Puaud.\*
- **Protection de l'enfance et paniques morales.**  
Christine Machiels et David Niget.
- **Jouer pour grandir.**  
Sophie Marinopoulos.
- **Prise en charge des délinquants sexuels.**  
André Ciavaldini.
- **Hypersexualisation des enfants.**  
Jean Blairon, Carine De Buck, Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun, Vincent Magos, Jean-Paul Matot, Jérôme Petit, Laurence Watillon.
- **La victime dans tous ses états.**  
Anne-Françoise Dahin.
- **Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».**  
Serge Tisseron.
- **Soutien à la parentalité et contrôle social.**  
Gérard Neyrand.
- **La paternité et ses troubles.**  
Martine Lamour.
- **La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.**  
Bernard Golse.
- **Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?**  
Benoit Bastard.
- **À la rencontre des bébés en souffrance.**  
Geneviève Bruwier.
- **Développement et troubles de l'enfant.**  
Marie-Paule Durieux.
- **Guide de prévention de la maltraitance.**  
Marc Gérard.
- **Garde alternée: les besoins de l'enfant.**  
Christine Frisch-Desmarez, Maurice Berger.
- **Le lien civil en crise?**  
Carole Gayet-Viaud

\* Ouvrage épuisé.

*Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...*

En Belgique uniquement

# Les livres de yapaka

disponibles  
gratuitement au  
0800/20 000 ou  
infos@cfwb.be



Livres de 80 pages diffusés chaque année (60 000 ex.)  
aux écoles, associations, ...