

PRESENTATION ACADEMIQUE

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Introduction

La scolarisation des élèves présentant des problèmes de comportement (comportements perturbants, inappropriés) génère de l'inquiétude, de la crainte, voire une forme de stress pour les enseignants. Ainsi en attestent les commentaires de parents, loin d'être anodins, recueillis lors de consultations par le Docteur **Olivier REVOL**, pédopsychiatre au CHU de Lyon : «... la maîtresse n'en peut plus.. » ; «... on n'ose plus l'emmener nulle part... » ; «... il est viré du foot... » ; «... il a épuisé son carnet à points... » ; etc ...

Toutefois, sous le mot comportement se cachent deux catégories qu'il paraît important de distinguer. La première est attachée au mot difficulté, l'autre au mot trouble, et les réponses institutionnelles à apporter dans le cadre de la gestion de chacune d'elles ne sont pas du même ordre.

Dans une revue scientifique « Education et francophonie », **Nancy GAUDREAU**, professeur de Sciences de l'Éducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières, les définit ainsi :

– Les difficultés de comportement sont des manifestations réactionnelles dites « normales » liées à un contexte donné, aux aléas du développement de l'enfant, à certains événements extérieurs ayant une incidence ponctuelle sur la vie scolaire, qui peuvent se traduire par des comportements de désobéissance répétée. Elles résultent souvent de la présence de facteurs environnementaux (par exemple : désintérêt pour les activités proposées, conflits avec des personnes significatives dans la vie de l'élève ...). Pour résoudre ces difficultés, des ajustements dans l'environnement scolaire de l'élève peuvent être suffisants.

– Quant aux troubles du comportement, ce sont des problèmes d'adaptation plus sérieux qui se traduisent par la présence de comportements inadaptés tant sur le plan intériorisé (par exemple : anxiété, dépression, etc.) que sur le plan extériorisé (par exemple : trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, etc.). Ces comportements inappropriés sont marqués par des attitudes particulièrement réactives qui déstabilisent, encore plus que tout autre handicap, leur entourage et bien entendu leurs enseignants. Ces troubles se manifestent avec constance dans plusieurs milieux de vie de l'élève (à l'école, dans la famille, dans les loisirs).

Les élèves identifiés comme porteurs de troubles du comportement ont des comportements inadaptés qui perturbent le fonctionnement des classes, leur socialisation ainsi que leur accès aux apprentissages. Signalons toutefois que l'appellation « troubles du comportement » relève d'un **diagnostic médical pédopsychiatrique**.

Si certains troubles comme les troubles autistiques, ceux qui sont liés à une déficience sensorielle sont clairement identifiés, avec des outils, des brochures proposés aux

enseignants, les troubles du comportement offrent une grande complexité et de par leur caractère déroutant et souvent excessif peuvent mettre les professeurs en grande difficulté.

Nancy GANDREAU précise encore :

« Leur gestion peut constituer une source importante de stress qui peut mener à l'épuisement professionnel (des enseignants). Cela explique pourquoi les élèves présentant des troubles du comportement sont parfois considérés comme une « clientèle » d'élèves pour laquelle l'inclusion scolaire est jugée inappropriée ».

« En fait, une majorité d'enseignants de classes ordinaires estiment qu'il s'agit de la « clientèle » la plus difficile parmi toutes celles de l'adaptation scolaire (Clough et Lindsay, 1991) ».

Une des finalités de ce document est de mieux appréhender les troubles du comportement et d'aider à leur repérage en milieu scolaire :

- Dans un premier temps, nous déclinons les principales caractéristiques des deux formes de comportement que l'on peut rencontrer dans une classe.
- Nous présenterons ensuite les critères qui permettent de différencier « difficulté de comportement » et « trouble du comportement ».
- Nous poursuivrons en apportant le regard de pédopsychiatres et de psychanalystes sur les troubles du comportement.
- Nous classerons ensuite les troubles du comportement autour de l'agitation, complétés par des informations cliniques.
- Nous terminerons par quelques recommandations destinées à l'accompagnement des personnels de l'Education nationale.

Les références et sources bibliographiques citées dans la suite seront données à la fin du présent document.

I. Les principales caractéristiques : deux facettes relatives aux comportements difficiles

Les difficultés comportementales sont majoritairement associées à des comportements agressifs et saillants qui mettent en péril le lien enseignant – enseigné mais ils englobent aussi des comportements d'inhibition qui peuvent dissimuler des souffrances importantes.

Sylvie CASTAING, enseignante spécialisée et formatrice IUFM à l'Université de Strasbourg, les décrit ainsi (dans le cadre du premier degré) :

– **Comportement sur-réactif** au regard des stimuli de l'environnement

L'élève réagit de manière extravertie, inadaptée et exacerbée à l'environnement : aux relations aux adultes, aux pairs, au groupe, aux règles et lois, aux changements, aux obligations ...

Ses difficultés gênent le bon déroulement de la classe et peuvent mettre l'enfant et son entourage en danger.

Quelques comportements caractéristiques :

- o génère les conflits ;
- o refuse d'obéir, discute les règles ;

- o a des difficultés importantes à respecter les règles de vie ;
- o perturbe le bon déroulement des activités scolaires ;
- o manifeste fréquemment son désaccord ;
- o crie, pleure bruyamment, hurle en classe sans raison apparente ;
- o agresse verbalement et physiquement l'adulte et/ou les pairs ;
- o cherche à contrôler, dominer ses pairs voire l'adulte ;
- o réagit violemment à la moindre contrariété ou remarque (se roule par terre, hurle, tape...) ;
- o manifeste une agitation de plus en plus grande lors des temps d'attente, des changements de lieux, de personne ...

– **Comportement sous-réactif** au regard des stimuli de l'environnement

L'élève régit de manière introvertie et inadaptée à l'environnement. Il passe souvent inaperçu malgré l'importance de ses difficultés car son comportement n'entrave pas le bon déroulement des activités scolaires.

Comportements caractéristiques :

- o inhibition motrice et/ou langagière et/ou intellectuelle ;
- o manque de relation de communication et/ou langagière ;
- o manifestations de craintes, peurs, d'angoisses de phobies, sur le mode du repli, du retrait, de l'isolement ;
- o niveau très faible d'intégration dans le groupe;
- o victimisation ;
- o manque de confiance en soi, ose peu ;
- o faible degré d'implication dans la tâche, voire évitement et/ou refus de l'effort et de la production ;
- o réagit aux changements de personnes, de lieux, aux événements inhabituels par le retrait, l'isolement.

Quel que soit le type du comportement, ces difficultés sont considérées comme significatives lorsqu'elles nuisent au développement de l'élève ou à celui des autres en dépit des actions pédagogiques habituelles et particulières mises en place, d'une gestion de classe appropriée et de certains aménagements spécifiques.

On voit se dessiner la frontière entre « difficulté de comportement » et « trouble du comportement ».

II. Les critères de différenciation : indices généraux permettant de distinguer difficultés et troubles du comportement

Nancy GAUDREAU définit les problèmes de comportement en milieu scolaire dans le *premier degré* en fonction de plusieurs critères :

- o fréquence (caractère répétitif des comportements inappropriés),
- o durée (période de temps depuis laquelle ces comportements sont présents),
- o intensité (gravité de ces comportements et des conséquences qu'ils occasionnent),
- o constance (présence dans différents contextes de vie de l'élève),
- o complexité (présence de plusieurs symptômes).

Sylvie CASTAING fournit dans le document précédemment cité les données suivantes ainsi qu'un tableau mettant en avant en fonction des critères les différences entre difficulté et trouble :

- o Fréquence : 3 ou 4 incidents critiques par semaine

- Durée : persistant s'il se manifeste depuis plus de trois mois
- Intensité : gravité pour l'enfant et son entourage
- Constance : observation dans des situations scolaires et sociales
- Complexité : association de symptômes, plusieurs comportements inadaptés avec certaines combinaisons plus inquiétantes que d'autres.

	Difficulté de comportement	Trouble du comportement
Fréquence	Dans la moyenne des enfants de son âge	De 3 à 4 incidents par semaine ; plusieurs fois par jour
Durée	Crise passagère ou épisodique	Persiste depuis plusieurs mois
Intensité (gravité)	Peu dommageable pour lui-même ou les autres	Entraîne des conséquences graves pour soi et les autres
Constance	Dans un seul contexte (par exemple, la cour)	Se manifeste dans plusieurs situations scolaires et sociales
Complexité	Comportement isolé	Plusieurs comportements inadaptés

Sylvie CASTAING résume par ces mots :

« On peut considérer qu'un élève présente des troubles du comportement lorsque son comportement nuit considérablement à son développement et/ou à celui des autres élèves et résiste aux aménagements pédagogiques généraux et spécifiques mis en place. Les perturbations doivent par ailleurs être fréquentes, graves, et durer assez longtemps pour constituer un trouble véritable ».

Thierry MAFFRE, pédopsychiatre au CHU de Toulouse, complète ce tableau en prenant en compte les élèves scolarisés dans le *second degré*.

Deux notions essentielles permettent de donner à ces comportements difficiles un caractère pathologique ou non.

- « La **fréquence** et la **persistance** du comportement. »
En effet, « le caractère pathologique se définit par la répétition d'un comportement inadapté comme un acte de violence et son inscription dans la durée (6 mois selon l'OMS) »
- « L'**âge** et le **niveau de développement** de l'enfant. »
Les règles sociales exigées doivent donc correspondre à l'âge et à la maturité de l'enfant. Ainsi, l'opposition est normale jusqu'à l'âge de 14 ans, le mensonge volontaire ne peut être retenu avant 8 ans, « le vol et la fugue ne peuvent se concevoir que lorsque la notion de propriété et la conscience claire de son domicile sont acquises. L'élaboration des concepts moraux (distinction entre « bien » et « mal »), qui sous-tendent l'adaptation du comportement social, ne saurait être exigée de la même façon en fonction du niveau de maturité de l'enfant. »

Nous ajouterons une remarque instructive du Professeur **Philippe DUVERGER**, psychiatre et du Docteur **Jean MALKA**, pédopsychiatre, tous les deux au CHU d'Angers :

« L'étude psychogénétique du développement de l'enfant montre qu'il n'y a pas de différence de nature entre des comportements considérés comme normaux à un certain âge : actes agressifs, colères, travestissement de la vérité, chapardages, et les

troubles du comportement d'enfants plus âgés. C'est leur persistance au-delà d'un certain seuil qui en font des signes pathologiques, marquant une absence d'évolution ou une régression du Moi ».

Nous allons maintenant apporter des précisions sur ce comportement perturbateur lorsqu'il est reconnu comme un trouble du comportement en nous référant aux « regards » de différents pédopsychiatres ou psychanalystes.

III. Présentation des troubles du comportement

Voici tout d'abord quelques symptômes en fonction de l'âge des troubles les plus fréquemment rencontrés proposés par **Jean-Pierre VISIER**, pédopsychiatre et psychanalyste :

- Dans la première enfance : pleurs, troubles du sommeil, troubles alimentaires. Ultérieurement : difficulté à se séparer, opposition, agressivité, colères, morsures entre pairs.
- Dans l'enfance : mensonge, refus d'obéissance, vol, instabilité psychomotrice, sadisme à l'égard des animaux.
- A l'adolescence: opposition, revendication, colère, provocation, auto et hétéro-agressivité, agression sexuelle, fugue, errance, vol, repli sur soi, difficultés de socialisation, addictions, troubles du comportement alimentaire, tentative de suicide, conduites à risque, absence de complaisance (NDLR : Respect par le malade d'une prescription ou d'un régime) thérapeutique lors des maladies organiques.

Jean-Pierre VISIER définit ainsi ce trouble :

« Classiquement on parle de troubles du comportement lorsque de *l'agir non socialisé vient au premier plan comme mode d'expression dans la relation* ».

Ces troubles qui manifestent une tentative de s'affirmer, socialement inadéquate, témoignent d'une **souffrance psychique** qui ne peut se dénommer ni même parfois se penser.

Les troubles du comportement impliquent des *processus interactifs qui mettent en jeu l'enfant (l'adolescent), l'environnement, les règles de fonctionnement de la société dans une époque et une culture données*. Ils entraînent des conséquences allant de la simple gêne au danger pour celui qui les présente et pour autrui. Ils doivent parallèlement être décodés comme des *manifestations des difficultés de l'enfant (adolescent) pour s'assurer de sa valeur et de l'estime de lui même*.

Jean-François COTTE - psychologue et psychanalyste - parle de repérage des TC à partir de *passages à l'acte verbal ou moteur*, de transgression par rapport à des règles.

Thierry MAFFRE parle d'« un ensemble de *manifestations dyssociales* c'est-à-dire non conformes au respect des règles sociales généralement admises ».

Benoît POULIOT – psychologue - écrit dans un bulletin d'information semestriel « Info-toxico » diffusé au Québec :

«C'est un ensemble de réactions observables et structurées qui démontrent la *désorganisation de l'enfant dans les différentes sphères de sa vie* (familiale, scolaire, sociale et personnelle). Les troubles de comportements se présentent *le plus souvent sous la forme de manifestations de violence ou d'agressivité*, de nature *offensive* ou *défensive*, dirigée *contre autrui* ou *contre soi*».

Le **Docteur CLAVEIROLLE**, pédopsychiatre au CHU de Clermont-Ferrand, indique :

Le trouble semble en apparence simple. En fait, tous les enfants sont différents mais néanmoins « *vulnérables à la relation de l'autre* ». Ils expriment des *émotions* que nous-mêmes savons retenir raisonnablement comme la colère, la rage, eux sont « *débordés par leurs affects et l'énergie de leur pulsion* » et se font donc remarquer par leur action motrice, action qu'il s'agit de décrypter. Un élève atteint de troubles du comportement a toujours une histoire singulière. **Sa « participation à la vie scolaire constitue pour lui une véritable situation de handicap ».**

Dans tous les cas, les troubles du comportement sont donc à considérer comme un **symptôme** qui cache un autre trouble (trouble Dys – autisme – dépression – trouble de la personnalité) et signale une **souffrance psychique** de leur auteur.

L'équipe du Docteur **Olivier REVOL**, s'appuyant sur les travaux de Rosa HARTMUT (« Accélération, une critique sociale du temps » - 2010) et de Nicole AUBERT (« Le culte de l'urgence » - 2003) explique la fréquence apparemment de plus en plus importante de ces manifestations par une certaine théorie de « l'accélération » : accélération technique (transports, communication...), accélération du changement social (styles de vie, structures familiales, affiliations politiques et religieuses), accélération du rythme de vie (expérience de stress et de manque de temps ...). Mais, dit aussi le Docteur REVOL, « si cette société « excitante » peut aggraver certains comportements agités en « soufflant sur les braises », elle peut aussi être inhibitrice pour d'autres enfants obligés d'adopter un comportement de repli ».

Le Dr REVOL groupe donc l'ensemble des troubles du comportement en deux catégories :

- o Les troubles externalisés
- o Les troubles internalisés

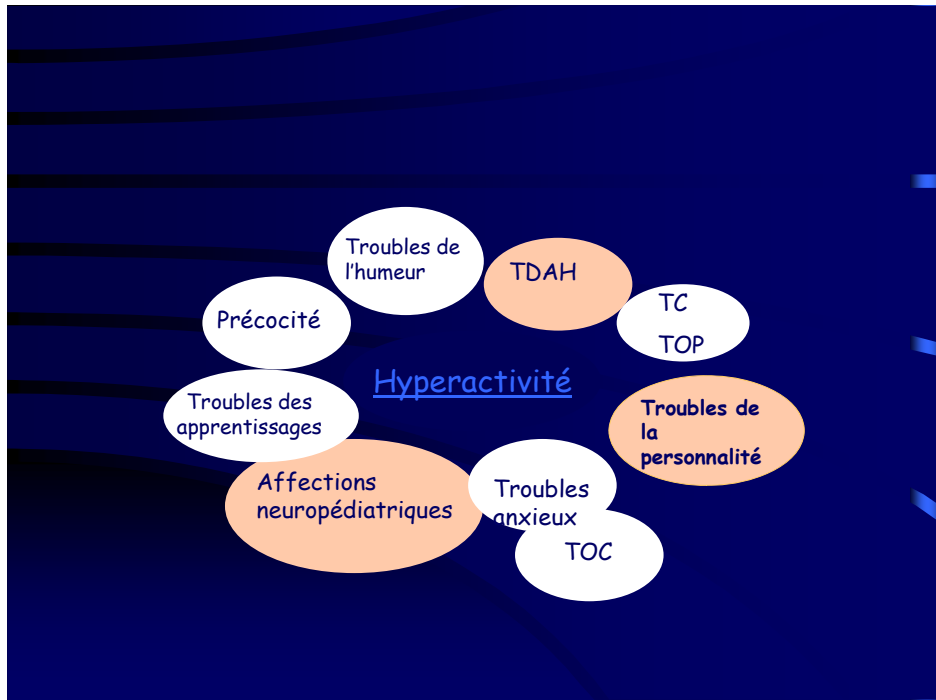
et les présente en mettant *l'hyperactivité* et le *repli* au centre des différents diagnostics.

IV. Troubles du comportement : hyperactivité et repli

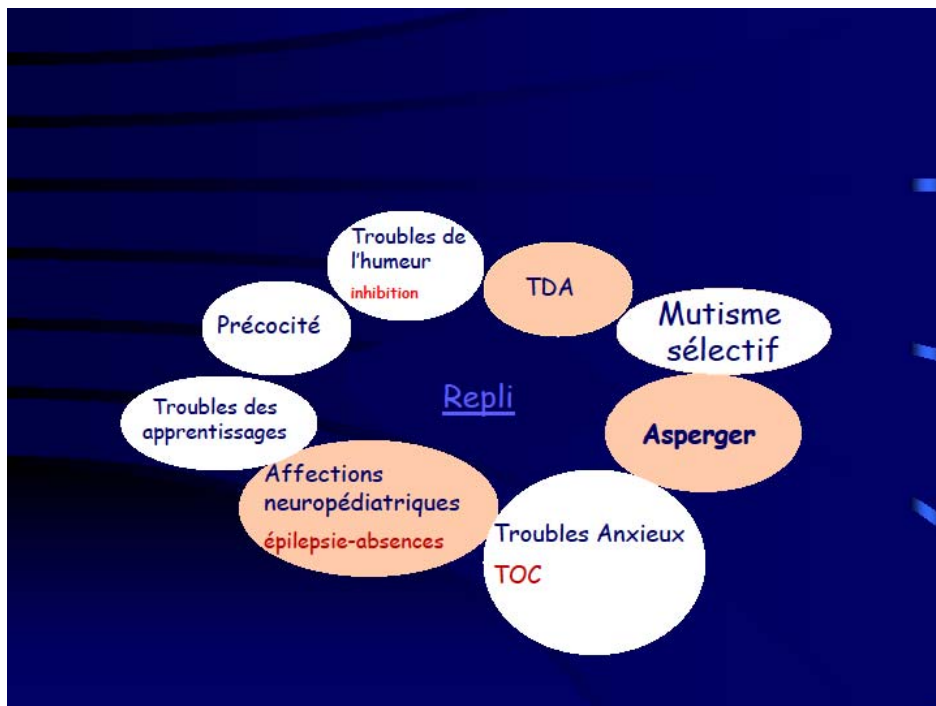
Le Docteur Olivier REVOL décline ainsi les troubles gravitant autour de l'hyperactivité et du repli :

HYPERACTIVITE	REPLI
TDAH	TDA
Troubles de l'humeur (agressivité-impulsivité)	Troubles de l'humeur (inhibition)
Précocité	Précocité
Troubles des apprentissages	Troubles des apprentissages
Affections neuropédiatriques	Affections neuropédiatriques (épilepsie-absence)
Troubles anxieux (TOC)	Troubles anxieux (Phobies sociales et TOC)
Troubles de la personnalité (Border line)	Asperger
TOP et TC	Mutisme sélectif

- ❖ TDAH : Trouble déficit d'attention avec hyperactivité
- ❖ TDA : Trouble déficit d'attention sans hyperactivité
- ❖ TOC : Trouble obsessionnel compulsif
- ❖ TOP : Trouble oppositionnel avec provocation
- ❖ TC : Troubles des conduites



Marguerite « Hyperactivité » réalisée par le Docteur Olivier REVOL



Marguerite « Repli » réalisée par le Docteur Olivier REVOL

Informations cliniques

Le Dr REVOL propose de classer les causes d'[hyperactivité](#) ou de [repli](#) en fonction des modalités de survenue :

1. Hyperactivité

- *Hyperactivité constitutionnelle*

Inattention et instabilité présentes depuis toujours et retrouvées dans toutes les situations :

TDAH, Troubles de la personnalité, Maladies neuropédiatriques.

- *Hyperactivité secondaire*

Instabilité et/ou inattention intermittentes et ou d'apparition récente :

TOC, Troubles des apprentissages, Enfants précoces, Troubles de l'humeur, TOP et TC.

2. Repli

- *Repli constitutionnel*

Distractibilité et retrait présentes depuis toujours et retrouvées dans toutes les situations :

TDA, Maladies neuropédiatriques, Asperger.

- *Repli secondaire*

Distractibilité et retrait intermittentes et ou d'apparition récente :

TOC, Troubles des apprentissages, Enfants précoces, Troubles de l'humeur, Mutisme sélectif.

V. Recommandations

Face à des élèves présentant des comportements perturbateurs, l'avancement de la recherche a montré qu'un *enseignement* et un *encadrement scolaire adaptés* permettent de prévenir l'apparition de problèmes de comportement en classe et de diminuer leur fréquence et leur intensité, et que la *posture de l'enseignant* ainsi que les *stratégies d'intervention* exercent une influence non négligeable sur le vécu scolaire de ceux-ci.

Pour chaque élève repéré en raison d'un *comportement perturbateur*, inapproprié, il est recommandé de conduire une *évaluation individuelle* dans une approche multidimensionnelle (« angle descriptif » et « angle compréhensif » de la difficulté – Thierry MAFFRE) et si nécessaire multidisciplinaire avec autant de partenaires qu'il le faut surtout dans le cas d'un trouble du comportement. Le professeur a pour rôle, pour mission de poser la sanction relative à l'acte commis et inapproprié, mais le travail de décryptage et d'élaboration s'adresse aux professionnels de santé. Rappelons que *c'est au corps médical pédopsychiatrique qu'il appartient de poser le diagnostic « trouble du comportement »*.

S'il s'agit d'un élève porteur d'un *trouble du comportement*, il est par suite recommandé d'en rechercher la cause, d'établir un diagnostic (TDAH, TOP, troubles des conduites, ...) en faisant appel au secteur sanitaire (pédopsychiatre) ou aux dispositifs relevant du secteur médico-social afin de mettre en œuvre une démarche diagnostique : il est, en effet, particulièrement important d'identifier la souffrance et ses mécanismes, et de l'accompagner.

Pour aider cet élève, l'école doit prévoir des mesures d'intervention qui agissent sur l'environnement et sur l'élève en tenant compte de ses capacités et de ses besoins personnels. Il est fondamental de nouer les partenariats évoqués précédemment, le travail des équipes éducatives ne pouvant trouver sa pleine réalisation que dans cet exercice de coopération.

Des attitudes, des postures peuvent faciliter la prévention ou la diminution des troubles du comportement.

- o Avec l'enfant ou l'adolescent, il s'agit de veiller à ce qu'il développe de bonnes habiletés sociales, une capacité à bien gérer ses émotions, une bonne estime de lui-même, la valorisation de son implication scolaire et de ses progrès scolaires et sociaux ;
- o Dans la relation avec la famille, il faudra encourager l'attention et la bienveillance du regard, la présence régulière, un soutien actif vis-à-vis du travail et hors l'école ;
- o Au niveau des pairs et au plan social, il est important que l'enfant ou adolescent :
 - maintienne des contacts avec des pairs non porteurs de troubles,
 - ait la capacité d'entretenir des relations sociales adéquates.

Il est donc essentiel d'**accompagner les personnels de l'Education nationale**. En effet, un tel constat mérite d'être intégré dans la formation des enseignants, avec des outils aptes à leur apporter plus d'assurance pour répondre à des situations dont l'imprévu n'est pas toujours exclu.

Nous retiendrons que la réussite de l'inclusion scolaire de ces élèves dépend en particulier de trois axes d'intervention :

- o **Formation initiale et continue** des enseignants et des équipes éducatives,
- o **Mise en œuvre de stratégies (pratiques) d'intervention** pour prévenir et composer avec efficacité les comportements difficiles en classe,
- o **Travail de partenariat avec des professionnels, des services, des établissements et services spécialisés** afin d'apporter des réponses éducatives et pédagogiques, que ce soit dans le cadre de difficulté ou de trouble du comportement.

Références et sources

- **Dr Olivier REVOL**
Pédopsychiatre - Hospices Civils de Lyon
Diaporama centré sur l'hyperactivité.
- **Nancy GAUDREAU**
Professeur de Sciences de l'Education à l'Université du Québec à Trois-Rivières
« La gestion des problèmes de comportement en classe inclusive : pratiques efficaces » - Revue Education et francophonie, Automne 2011
- **Sylvie CASTAING**
Enseignante spécialisée et formatrice IUFM à l'Université de Strasbourg
« La gestion générale du comportement dans la classe. Apports théoriques et pistes pédagogiques ».
- **Dr Thierry MAFFRE**
Pédopsychiatre au CHU de Toulouse
« Stratégie d'intervention auprès des élèves présentant des comportements et attitudes scolaires inappropriés » - 2 février 2010.
- **Pr Philippe DUVERGER et Dr Jean MALKA**
Psychiatre au CHU d'Angers et Pédopsychiatre au CHU d'Angers
Module d'enseignement « Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent »
Stage MIN 2009-2010
- **Pr Jean-Pierre VISIER**
Pédopsychiatre et psychanalyste au CHU de Montpellier
Module de formation « Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent ».
- **Jean-François COTTE**
Psychologue et psychanalyste
Stage de formation continue « Scolarisation d'élèves porteurs de troubles du comportement » - 01 et 02 décembre 2008
- **Benoît POULIOT**
Psychologue
Bulletin d'information « Info-toxico » - Mauricie et du Centre-du-Québec - Novembre 2008
- **Dr CLAVEIROLLE**
Pédopsychiatre au CHU de Clermont-Ferrand
ASH 63 – Scolarisation des élèves porteurs de troubles de la conduite et du comportement – 2008

L'hyperactivité

L'hyperactivité est un symptôme, comme la fièvre. Et comme pour la fièvre, il est important de comprendre l'origine de ce trouble du comportement, afin de proposer une orientation et un accompagnement adaptés.

Les causes d'agitation de l'enfant sont multiples. A côté du Trouble d'Attention avec Hyperactivité, affection chronique qui conduit à mettre en place des stratégies thérapeutiques et pédagogiques rapidement efficaces, d'autres problèmes méritent d'être repérés.

[< Retour](#)

Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité (TDAH)

Prévalence: 5% des élèves

On évoque le TDA/H devant un enfant censé avoir atteint « l'âge de raison » (plus de six ans), sans troubles flagrants de la personnalité, qui présente depuis toujours une distractibilité handicapante et/ou une agitation excessive, injustifiées au regard de ses compétences intellectuelles. L'entourage est désemparé face à des difficultés scolaires incompréhensibles, ou excédé par un comportement insupportable.

On retrouve l'association de trois symptômes: trouble de l'attention, hyperactivité motrice et impulsivité.

- Le trouble de l'attention est illustré par une difficulté à se concentrer tant dans les activités scolaires que les jeux de règles, surtout en présence de distracteurs (groupe, brouhaha...). L'enfant indispose ses enseignants du fait de son incapacité à maintenir son attention dans le temps. Absorbé dans ses pensées (« dans la lune ») ou parasité par les stimulations extérieures, il paraît ne pas écouter, ne termine pas ses devoirs ou ses jeux, est obligé de téléphoner à ses camarades de classe pour récupérer les consignes données par les enseignants tandis qu'il égare régulièrement ses affaires scolaires.

- L'hyperactivité motrice est illustrée par l'impossibilité de tenir en place, avec une activité globale désorganisée et non constructive. Ils courent et grimpent, s'agitent en permanence, souvent de façon joyeuse et sont incapables de rester assis à une table de travail ou lors des repas. Leurs fréquentes prises de risques sont illustrées par quelques stigmates classiques (dent cassée, cicatrices sur l'arcade sourcilière...).

Tous ces éléments sont illustrés par les livrets scolaires (nombreuses remarques concernant la discipline et l'agitation) et par le carnet de santé (fréquentations des services d'urgence pour des blessures minimes mais à répétition).

- L'impulsivité est définie comme un besoin impérieux d'accomplir un acte et illustrée par l'impossibilité de différer un désir, elle est responsable du rejet de l'enfant par son entourage. L'enfant impulsif est gêné par son impatience, sa brusquerie et sa difficulté à anticiper les conséquences de ses actes. Incapable d'attendre son tour dans les jeux, oubliant de lever la main, il interrompt fréquemment les adultes et fait irruption dans leurs discussions. Son absence de stratégie et l'incapacité à planifier ses actes le pénalisent dans l'organisation de son travail. D'autres éprouvent de grande difficulté à se conformer aux ordres, ce qui est rapidement interprété comme un refus des règles et des consignes. Intolérants aux contraintes et rapidement agressifs lorsqu'ils sont frustrés, ils semblent plus sensibles aux récompenses qu'aux punitions.

[< Retour](#)

Troubles de la personnalité (hyperactivité)

Certains troubles de la personnalité sont responsables d'un comportement instable et/ou inattentif. Au delà des Troubles Envahissants du Développement (TED) tels que certaines formes sévères d'*autisme*, dont la massivité du tableau élimine tout problème diagnostique, on rencontre régulièrement des enfants très agités, exigeants, intolérants et pas toujours « présents » dans la relation. Certains de ces enfants « inclassables » étaient rangés dans la catégorie *dysharmonie d'évolution*.

Cette spécificité francophone a été revisitée et baptisée *Multiplex Developmental Disorder* (MDD). Ces enfants au contact étrange et fluctuant présentent une agitation anxieuse, une agressivité fréquente et surtout des retards variés, avec de gros décalages entre les domaines affectifs, cognitifs et sociaux (concept de « dysharmonie »). L'agitation et l'impulsivité sont omniprésentes, compliquées par une anxiété majeure, liée à une confusion entre la réalité et le monde imaginaire. La communication est possible, mais surprenante par la crudité de l'expression verbale et picturale, souvent violente et sexualisée. De plus ces enfants se différencient des TDA/H par une absence d'auto-critique et une limitation de la compréhension des affects d'autrui. De fait, derrière un « vernis » de pseudo-adaptation à la réalité, on retrouve une altération profonde de l'organisation de la personnalité. Appelés également « états limites » ou « prépsychoses », ces troubles complexes et multiples du développement, en augmentation constante, sont au centre de la discussion diagnostique. L'enjeu fondamental est d'ordre thérapeutique. S'ils sont susceptibles d'évoluer favorablement, en particulier grâce aux neuroleptiques de nouvelle génération, les MDD ne relèvent en général pas des psychostimulants, qui risquent d'aggraver l'instabilité et l'anxiété.

[< Retour](#)

Maladies neuro-pédiatriques (hyperactivité)

Plusieurs affections médicales peuvent entraîner une agitation; il s'agit le plus souvent de *déficits visuels ou auditifs*, de *maladies neuro-pédiatriques* (épilepsies partielles, épilepsie-absence, encéphalopathies...) ou *génétiques* (syndrome de l'X fragile, syndrome de Turner, syndrome de Williams, Trisomies 21, Neuro-Fibromatoses...). Ces diagnostics méritent d'être envisagés quand l'agitation est associée à des retards de développement, des anomalies faciales ou des symptômes neurologiques (crises d'épilepsie généralisées, décrochage de quelques secondes dans l'épilepsie-absence...).

[< Retour](#)

TOC (hyperactivité)

Prévalence : 5 %

Toutes les formes d'anxiété sont susceptibles d'entraîner de l'agitation. Dans ce cas, les troubles sont intermittents, et disparaissent totalement quand l'enfant est rassuré. Une forme particulière de troubles anxieux mérite d'être mieux connue. Les *Troubles Obsessionnel et Compulsifs* (TOC) peuvent être responsables d'un trouble attentionnel et d'une hyperactivité secondaires. En occupant l'espace psychique, les idées obsédantes entravent la pensée, perturbent les comportements habituels et peuvent être responsables de crises de colère apparemment injustifiées, en particulier lorsque l'enfant ne peut effectuer ses rituels.

On doit les évoquer chez un enfant qui présente une rupture brutale dans son comportement, avec une chute inexplicable de ses résultats. L'enseignant sera alerté par un élève qui ne peut démarrer le cours avant d'avoir aligné ses crayons, ou qui semble murmurer des suites de chiffres, et dont l'appareil psychique paraît fréquemment « préoccupé ».

[< Retour](#)

Troubles spécifiques des apprentissages (hyperactivité)

Les enfants porteurs de troubles sévères des apprentissages peuvent manifester par leur agitation leur incapacité à comprendre le langage oral (agitation dès l'entrée en maternelle dans le cas des enfants *dysphasiques* [1%]), à utiliser crayons, ciseaux, règles, compas, (dès la moyenne section pour les enfants dyspraxiques [5%]), ou à entrer dans la lecture (hyperactivité constatée en CP pour les enfants dyslexiques [5%]). L'agitation disparaît en présence d'une AVS, ou lorsque l'enfant bénéficie d'aménagements pédagogiques adaptés.

[< Retour](#)

Précocité intellectuelle (hyperactivité)

Prévalence : 3%

Les *enfants à Haut Potentiel* (HP) interpellent fréquemment les enseignants du fait de leur agitation (surtout les garçons), et des problèmes de concentration, qui disparaissent en cas d'accélération scolaire. Dans ce cas, comme pour les enfants « dys », les troubles d'attention et l'hyperactivité surviennent quasi-exclusivement à l'école. Et à la différence des enfants porteurs de TDA/H, les enfants HP ont également tendance à changer rapidement d'activité, mais après avoir terminé la première. A l'instar de tous les enfants à besoins spécifiques, nous proposons des aménagements pédagogiques destinés à canaliser et/ou éviter l'ennui et les malentendus.

[< Retour](#)

Troubles de l'humeur (hyperactivité)

Prévalence: 5%

La *dépression de l'enfant*, généralement sous évaluée, est un véritable piège diagnostique. Peu enclins à se replonger dans les moments obscurs de leur histoire personnelle, les adultes éprouvent des difficultés à évoquer puis repérer la tristesse de l'enfant. Le diagnostic est compliqué car l'enfant triste est volontiers hostile durant l'enfance et surtout l'adolescence. L'agressivité, l'irritabilité et l'hyperactivité motrice remplacent souvent la verbalisation de la souffrance psychique.

Le diagnostic est alors évoqué devant la mise en évidence de symptômes plus classiquement rattachés à une origine dépressive (tristesse, démotivation, troubles du sommeil, désintérêt pour les loisirs, plaintes somatiques), alors qu'ils sont presque toujours absents chez les enfants porteurs de TDA/H.

[< Retour](#)

Troubles oppositionnels et troubles des conduites **(hyperactivité)**

Prévalence : 3 à 5 %

On évoquera le délicat problème diagnostique posé par les Troubles Conduites (TC) et des Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP). Il s'agit d'élèves agités, provocateurs, opposants, mais qui, à la différence des élèves TDA/H, n'ont pas conscience de leur comportement, voire le revendiquent. On note la fréquence des agressions, de la violence (contre les animaux, les autres enfants, voire les adultes), et les destructions de matériel, sans culpabilité exprimée. Les causes seraient en grande partie liées à des carences éducatives.

[< Retour](#)

LE REPLI

Certains enfants présentent des troubles du comportement « internalisés ». Moins bruyants que les hyperactifs, ils se replient, s'isolent et courent le risque de « décrocher ». Jamais perturbateurs, ils sont peu repérés, ce qui retarde les prises en charge.

Les raisons de ce retrait sont multiples. Certaines sont constitutionnelles, liées à un trouble neurologique, d'autres sont situationnelles, secondaires à un mal-être ou à l'inadéquation entre les capacités de l'enfant et les attentes de l'enseignant.

[< Retour](#)

Le Trouble Déficit d'Attention

(repli)

30% des enfants TDAH ne présentent pas d'hyperactivité. Le trouble d'attention est pourtant bien présent. Il s'agit principalement de filles, qui rêvent, décrochent et ne se font pas remarquer, voire ne paraissent pas concernées. Elles relèvent pourtant du même traitement que les hyperactifs. En stimulant leur attention, on leur permet de raccrocher avec le groupe classe.

[< Retour](#)

Maladies neuropédiatriques

(repli)

Certaines affections neurologiques peuvent entraîner le même type de comportement. Le cas le plus fréquent est une forme de crises d'épilepsie appelée « absences ». L'enfant suspend son activité pendant quelques secondes, sans chutes ni secousses musculaires. Lorsque la crise cesse, il ne se souvient de rien, mais constate qu'il a raté quelques mots du discours de l'enseignant. Des « trous » dans le cahier orientent vers ce diagnostic, qui sera confirmé par un EEG. Il s'agit d'une forme d'épilepsie bénigne, qui disparaît à la fin de l'adolescence dans la plupart des cas. Un traitement médicamenteux permet de corriger le trouble.

[< Retour](#)

Le syndrome d'Asperger

(repli)

Ce trouble envahissant du développement s'apparente à l'autisme. Mais chez un enfant qui parle, parfois de façon mécanique, qui répond aux questions, souvent de façon pertinente. Par contre, il souffre d'une difficulté à comprendre les codes sociaux, ce qui le place en décalage vis-à-vis du groupe classe. Par ailleurs, les enfants porteurs du syndrome d'Asperger éprouvent des difficultés à comprendre les métaphores et l'ironie, ce qui achève de les isoler. Surpris des réactions de l'entourage, ils finissent par s'isoler. La tendance actuelle est de leur proposer des « groupes d'habiletés sociales ».

[< Retour](#)

TOC (repli)

Les enfants porteurs de Troubles Obsessionnels et Compulsifs paraissent souvent repliés sur eux-mêmes, en particulier lorsque leurs rituels sont « idéiques » : besoin de compter, d'énumérer des suites de chiffres, de calculer le nombre de lettres prononcées par l'enseignant...

On doit évoquer ce diagnostic face à une chute brutale des résultats, surtout si l'enfant semble préoccupé, marmonne ou perd du temps à installer ses affaires sur son bureau de façon excessivement méticuleuse.

[< Retour](#)

Troubles des apprentissages

(repli)

Tous les enfants Dys peuvent se mettre en retrait du groupe. Dès la maternelle pour les dysphasiques, le CP pour les dyslexiques et à tous moments pour les dyspraxiques. Le décalage entre les performances d'un enfant apparemment intelligent et ses résultats doit alerter et conduire à un bilan (orthophonique, psychomoteur, ergothérapeutique, orthoptique, QI, selon les cas).

[< Retour](#)

Précocité intellectuelle

(repli)

L'avance intellectuelle peut conduire à se désintéresser du cours. Cette attitude est fréquente chez les fillettes, qui masquent leur différence pour tenter de s'adapter. Elles peuvent même adopter des comportements infantiles (pleurs, anxiété de séparation), secondaires à l'émergence de préoccupations anxieuses (maladie, mort, conflits familiaux) qui les envahissent en cas d'ennui. La prise en compte par l'enseignant de leur Haut Potentiel (approfondissement, enrichissement...) permet de les remotiver.

[< Retour](#)

Troubles de l'humeur

(repli)

La tristesse de l'enfant peut l'amener à décrocher. Parasité par ses soucis, démotivé, fatigué par ses insomnies, l'enfant déprimé paraît « ailleurs ». On évoquera cette hypothèse face à une modification du comportement et des résultats, surtout si l'enfant présente depuis peu un faciès « grave ». L'avis de la psychologue scolaire est alors requis.

[< Retour](#)

Mutisme sélectif

(repli)

Curieusement, certains enfants ne s'expriment pas à l'école. La maîtresse n'a jamais entendu le son de leur voix. Les parents amènent des enregistrements audios ou vidéos pour confirmer que, hors de l'école, l'enfant s'exprime normalement. Il s'agit d'une forme de phobie sociale, d'anxiété face à ce qui est étranger, qui relève d'un suivi psychologique.

[< Retour](#)