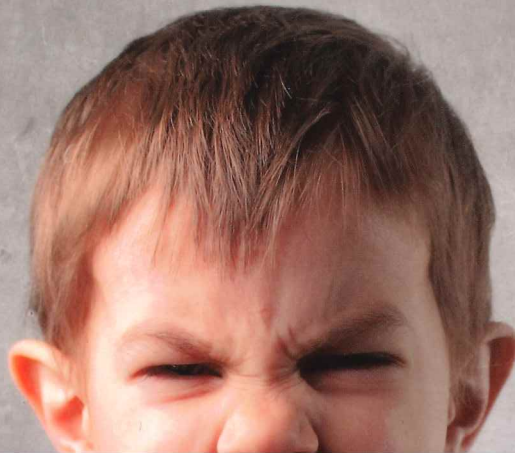


Sous la direction d'Isabelle Roskam

LES ENFANTS DIFFICILES (3-8 ans)

ÉVALUATION, DÉVELOPPEMENT ET FACTEURS DE RISQUE



répondre en employant une réponse alternative qui demande un effort cognitif plus important. La mémoire de travail consiste à retenir quelques éléments d'information (par exemple trois chiffres énoncés oralement, 7-3-10) puis à les restituer en ayant préalablement effectué un traitement sur ces informations (par exemple les restituer dans l'ordre croissant 3-7-10). L'attention relève de la capacité à focaliser ses ressources attentionnelles sur une stimulation donnée. Sur une feuille présentant des dessins de lapins, de vaches, de chiens et de poules, faire l'exercice d'entourer uniquement les lapins est typiquement un exercice d'attention visuelle. Se mettre à danser chaque fois qu'on entend la flûte dans une musique est typiquement un exercice d'attention auditive. Ces capacités feront l'objet d'un chapitre consacré aux aspects neuropsychologiques dans la section 3 du présent ouvrage. Comme nous le verrons, elles jouent un rôle fondamental dans les apprentissages scolaires et plus largement dans les relations sociales. Elles permettent notamment à l'enfant de gérer son impulsivité, d'écouter les consignes jusqu'au bout et de les appliquer. En ce sens, ces capacités aident l'enfant à mieux contrôler son comportement. Dans le développement normal de l'enfant, celles-ci se développent jusqu'à l'âge de 7 ans, âge où elles atteignent un niveau de maturité pertinent. Il est donc normal que de jeunes enfants soient tous plus ou moins impulsifs et qu'ils soient encore fortement dépendants de l'adulte pour réguler leur comportement. Cependant, la maturation de ces capacités varie d'un enfant à l'autre ; certains affichent déjà de très bonnes capacités d'inhibition, tandis que d'autres restent longtemps très impulsifs. L'école maternelle est un terrain privilégié pour favoriser la maturation de ces capacités. À travers les activités ludiques et d'apprentissage qui sont proposées aux enfants, les occasions sont nombreuses de mobiliser les compétences attentionnelles, de mémoire et d'inhibition. Ainsi, l'enseignant qui proposera aux enfants de jouer au célèbre « 1, 2, 3, le piano » œuvre – souvent sans le savoir – au développement des capacités d'inhibition motrice de ses élèves. Une manière de contribuer proactivement à la disparition d'un comportement-problème et, par la même occasion, à augmenter la probabilité de voir apparaître un comportement cible consiste donc à pratiquer régulièrement des activités qui soutiennent la maturation de l'inhibition, de l'attention et de la mémoire de travail.

Chapitre 4

L'enfant au comportement difficile : caractéristiques individuelles et familiales

Isabelle Roskam, Marie-Pascale Noël et Marie-Anne Schelstraete

L'évaluation du comportement des jeunes enfants difficiles a fait l'objet du chapitre 2. Cette évaluation, basée sur divers instruments étalonnés et combinés les uns avec les autres, permet dans un premier temps d'identifier les enfants dont le comportement s'écarte de manière significative de la norme de référence. Toutefois, le processus évaluatif de ces enfants ne s'arrête pas là. Il doit en effet être complété par l'évaluation de facteurs qui, dans la littérature, ont été considérés comme pouvant être associés à ces difficultés de comportement. Cette évaluation permet d'avoir un profil plus complet des enfants et d'établir une description des particularités liées à leur développement.

Une évaluation complète, c'est-à-dire basée à la fois sur le comportement et sur ces facteurs associés, a été conduite avec chacun des enfants ayant participé au programme de recherche « H2M Children ». Elle nous a permis de mettre en évidence les caractéristiques des enfants difficiles en les comparant à des enfants dont le comportement ne pose problème ni en famille ni en milieu scolaire. Avant de réaliser cette comparaison, une procédure d'appariement strict a été mise en place. Celle-ci a consisté à identifier, pour chacun des 130 enfants adressés en consultation pour agitation, provocation, impulsivité, opposition ou agressivité, un enfant sans difficulté de comportement

- qui soit de même âge (à 3 mois près),
- qui soit de même sexe,
- ayant des capacités intellectuelles de niveau équivalent (même note standard aux épreuves verbales et non verbales de la WPPSI ; Wechsler [2004]),
- ayant des parents dont le niveau de scolarisation est comparable (études secondaires, supérieures ou universitaires),

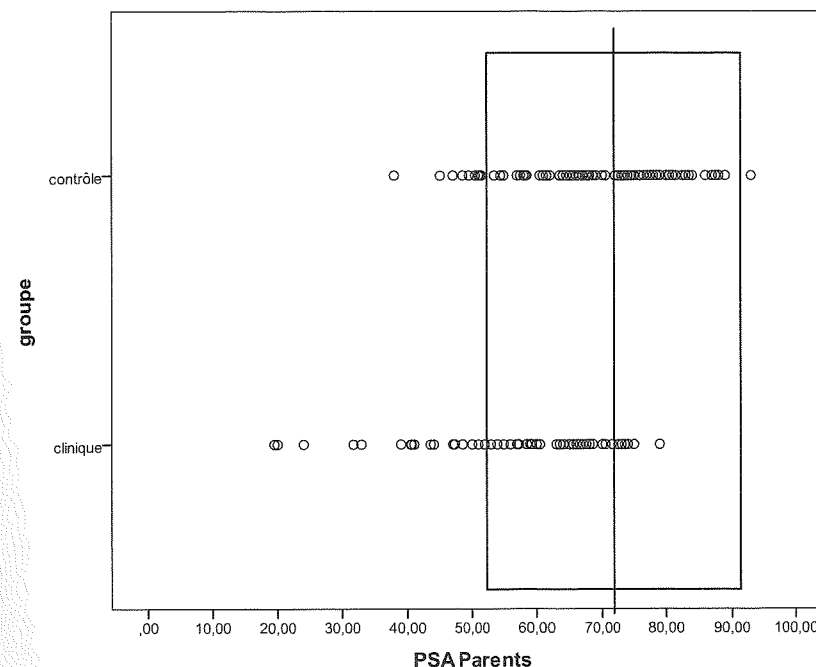
- dont la structure familiale est la même (parents vivant ensemble vs séparés),
- étant enfant unique ou ayant un(e) ou des frère(s)/sœur(s).

Le choix de ces critères d'appariement s'est imposé sur base de la littérature rapportant des effets de ces variables sociodémographiques et cognitives sur le comportement des enfants (Biederman, 2005 ; Crosbie & Schachar, 2001 ; Lansford, Malone, Stevens, Dodge, Bates & Pettit, 2006 ; Lussier & Flessas, 2001 ; Meunier, Roskam, Stievenart, van de Moortele, Browne & Kumar, 2011a ; Owens & Shaw, 2003 ; Rucklidge & Tannock, 2001). Une telle procédure d'appariement permet de créer des paires d'enfants, l'un appartenant au groupe adressé à l'équipe clinique et l'autre appartenant au groupe d'enfants pour lequel il n'y a pas de plainte relative au comportement. L'appariement permet de comparer les enfants difficiles à des enfants témoins, toute chose étant égale par ailleurs. La variable essentielle qui différencie les enfants des deux groupes est en effet la présence ou non de comportements difficiles. Cette comparaison, basée sur un processus d'appariement strict, permet ainsi de pointer de manière fiable les caractéristiques des jeunes enfants difficiles.

En tout premier lieu, nous avons examiné la distribution des enfants adressés aux cliniciens et des enfants témoins sur le continuum d'évaluation du comportement réalisée par les parents à partir du *Profil Socio-Affectif* (Dumas, LaFrenière, Capuano & Durning, 1997) (cf. chapitre 2 de la section 1 pour une présentation de l'instrument). La représentation graphique de cette distribution est proposée dans la figure 4.1. Dans cette figure, chaque enfant est représenté par un cercle. Les enfants du groupe contrôle et ceux du groupe clinique sont présentés sur deux lignes séparées tel qu'indiqué en ordonnée sur le graphe. Le continuum représenté en abscisse dans cette figure correspond au niveau d'adaptation comportementale des enfants évaluée par les parents avec le *Profil Socio-Affectif*. Les valeurs inférieures correspondent aux niveaux les plus pathologiques de comportement externalisé et les valeurs supérieures aux niveaux les moins intenses de comportement externalisé. La ligne verticale correspond à la moyenne obtenue lors de l'étalonnage du test réalisé sur une population d'enfants tout-venant. L'encadré indique les limites des variations moyennes autour de la normale, soit à $+1.5$ ou -1.5 écart-type de la moyenne. Les enfants se situant à l'intérieur de cette zone sont

considérés comme ayant un niveau de comportement externalisé « normal » compte tenu de leur âge. Les enfants se situant en dessous du seuil inférieur (< -1.5 écart-type) sont considérés comme présentant un niveau pathologique de comportement externalisé.

FIGURE 4.1
Distribution des enfants du groupe contrôle
et du groupe clinique sur le continuum allant du niveau
le plus pathologique de comportements externalisés au PSA
jusqu'au niveau le moins intense



Assez logiquement, les enfants du groupe contrôle se distribuent parfaitement à l'intérieur de la zone intégrant les variations « normales » autour de la moyenne. On constate cependant que quelques enfants du groupe contrôle se situent hors de cette zone sur le versant gauche du continuum. Ces enfants présenteraient donc des comportements externalisés significativement plus intenses et plus fréquents que

les enfants de leur âge. Pourtant, ces enfants ne sont pas venus consulter et leurs parents, au moment même de l'enrôlement dans l'étude, n'ont pas signalé de plainte liée à leur comportement. Quant aux enfants du groupe clinique, ils se situent majoritairement à gauche de la valeur moyenne. Une partie d'entre eux s'écarte sensiblement des variations autour de cette moyenne mais certains se situent dans la zone « normale ». Pour l'interprétation de ces constats, nous renvoyons le lecteur aux éléments relatifs au seuil de tolérance de chaque parent qui ont été largement discutés dans le chapitre 2. C'est ce seuil de tolérance qui conduit très probablement certains parents à consulter pour des enfants somme toute assez semblables aux enfants de leur âge (normalement agités ou agressifs par exemple) et d'autres parents à ne pas consulter pour des enfants dont les comportements s'écartent pourtant de ce qui est considéré comme « normal » pour un enfant d'un âge donné.

Les distributions présentées dans la figure 4.1 suggèrent qu'il est nécessaire pour conduire une comparaison valide de contrôler les variables agissant sur la probabilité que les parents entreprennent une démarche de consultation pour leur enfant. Ainsi, nous pensons que le seuil de tolérance des parents, et donc la probabilité qu'ils consultent, peut varier en fonction du fait que l'enfant soit plus ou moins jeune, qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon, que l'enfant présente des difficultés cognitives, que les parents soient plus ou moins éduqués, qu'ils aient ou non d'autres enfants à élever et des interactions au sein d'une fratrie à gérer, et enfin, qu'ils soient en couple avec l'autre parent de l'enfant ou qu'ils vivent séparément. Le processus d'appariement a bien pour effet de contrôler l'influence de ces variables en ciblant au sein du groupe contrôle des enfants dont les parents avaient une probabilité de consulter égale à celle des enfants du groupe clinique.

Nous détaillerons dans un premier temps les facteurs supposés associés aux difficultés comportementales et la manière dont nous les avons évalués auprès des enfants. Dans un deuxième temps, nous indiquerons les facteurs qui permettent de différencier le groupe des enfants difficiles de celui des enfants témoins. Nous tenterons de mettre en évidence les processus sous-jacents à ces différences.

4.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS AU COMPORTEMENT DIFFICILE

L'identification des facteurs associés aux difficultés de comportement est rendue possible par une tradition de recherche empirique mettant en évidence des relations statistiques entre le comportement problématique des enfants et d'autres facteurs dans des domaines de développement variés. La littérature a ainsi pointé des liens significatifs avec des facteurs individuels d'une part et avec des facteurs contextuels d'autre part. Parmi les facteurs individuels, certains domaines cognitifs, impliquant notamment les fonctions exécutives et les traits de personnalité, ont été largement documentés. Parmi les facteurs contextuels, les recherches empiriques ont surtout investigué les liens entre le comportement difficile de l'enfant et son développement affectif, l'attachement plus particulièrement, et l'éducation donnée par les parents dans le milieu familial. Ces différents facteurs seront tour à tour approfondis dans la section 3 du présent ouvrage ; nous nous limiterons à donner ici un aperçu des processus en jeu.

4.1.1 Les facteurs individuels

a) *Fonctions exécutives et comportement externalisé*

Les processus cognitifs susceptibles d'être à l'œuvre dans les difficultés comportementales ont fait l'objet d'une vaste littérature en neuropsychologie de l'enfant. Les tests neuropsychologiques ont permis de mettre en évidence certaines relations entre les processus cognitifs sous-jacents et les difficultés de comportement. Ce sont surtout les enfants de 6 ans et plus, avec un diagnostic de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité ou de trouble des conduites, qui ont été considérés dans ces recherches. L'hypothèse est que les difficultés de comportement résulteraient d'une dysrégulation cognitive liée, entre autres, aux fonctions exécutives. Les fonctions exécutives sont généralement définies comme la capacité de mettre en œuvre des processus de résolution de problème adéquats en vue d'atteindre un but (Reader, Harris, Schuerholz & Denckla, 1994). Ces fonctions incluent des compétences cognitives variées telles que planifier un objectif, inhiber une réponse dominante, contrôler les interférences, être cognitivement flexible et encoder des éléments en mémoire de travail. Les études

menées auprès d'enfants avec troubles de l'attention et hyperactivité ont ainsi montré qu'ils obtenaient des performances inférieures à celles d'enfants contrôles dans les tâches qui mesuraient ces fonctions exécutives (Barkley, 1997; Pennington & Ozonoff, 1996). Plus particulièrement, les différences s'observaient surtout dans les tâches qui exigeaient de l'inhibition (Hughes, Dunn & White, 1998; Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone & Pennington, 2005). L'inhibition se rapporte à la capacité à contrôler, tant sur le plan moteur que sur le plan cognitif, une réponse automatique ou prépondérante. Ainsi, des enfants jouant à « Jacques a dit » ou à « Ni oui ni non », exerceraient leurs capacités d'inhibition. Les capacités d'inhibition sont utilisées dans de nombreuses situations scolaires et de la vie quotidienne. Par exemple, écouter une consigne de bout en bout sans se précipiter pour répondre après en avoir seulement écouté la moitié, attendre le « top départ » lorsqu'on brûle d'envie de s'élancer dans une course, respecter les règles d'un jeu collectif lorsqu'on est tenté de tricher pour gagner relèvent de compétences en inhibition. Dans les recherches, ce sont surtout les tâches d'inhibition motrice qui ont conduit à mettre en évidence des différences entre enfants avec trouble de l'attention et hyperactivité et enfants du groupe contrôle. Typiquement, les tâches utilisées demandent aux enfants d'arrêter un comportement en cours (paradigme du stop signal), de regarder du côté opposé à celui où apparaît une cible (paradigme d'anti-saccade) ou de gérer un conflit moteur (par exemple, appuyer du côté pointé par une flèche, indépendamment de la position occupée par la flèche sur l'écran). Selon Barkley (1997), ce déficit d'inhibition serait à la base des difficultés de comportement des enfants avec trouble de l'attention et de l'hyperactivité. En effet, une difficulté d'inhibition conduit l'enfant à être impulsif, à vouloir tout tout de suite, à avoir des difficultés à réguler ses affects, etc. Ces difficultés conduisent fréquemment à des difficultés relationnelles (avec les pairs et l'autorité) et scolaires. Ces difficultés ont été plus largement évoquées dans le chapitre 3 de la section 1.

Actuellement, peu d'études se sont penchées sur les liens entre difficultés comportementales et inhibition chez des enfants de moins de 6 ans. Il faut sans doute y voir une difficulté méthodologique liée à l'hétérogénéité des échantillons. En effet, se référant au DSM-IV, les diagnostics de « Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité » (ADD, ADHD) ou de « Trouble des conduites » (CD) ne sont posés

qu'après l'âge de 6 ans. Le manuel pointe de cette manière la difficulté de diagnostiquer de jeunes enfants chez qui un certain degré d'agitation ou de distraction est parfaitement normal. En outre, il incite les cliniciens à ne pas diagnostiquer les enfants durant une période de développement où les fonctions exécutives sont en pleine maturation, ce qui est typiquement le cas jusqu'à 6 ou 7 ans (Ruff & Rothbart, 1996). Ainsi, les enfants de moins de 6 ans présentant un comportement difficile ne sont généralement pas diagnostiqués. Comme nous le verrons tout au long de cet ouvrage, les difficultés comportementales s'enracinent dans des processus très divers. Les jeunes enfants présentant ce type de difficultés constituent dès lors un groupe très hétérogène qui peut faire obstacle à certains types de recherche. En conséquence, peu d'instruments d'évaluation des fonctions exécutives, notamment de l'inhibition, ont été mis au point et étalonnés pour les enfants de moins de 6 ans. Notons à ce propos que l'un des avantages du programme de recherche « H2M Children » est d'avoir élaboré des tâches permettant d'évaluer les capacités d'inhibition des tout-petits et de les avoir étalonnées auprès d'enfants témoins.

Six tâches ont été utilisées pour mesurer l'inhibition chez les enfants dès l'âge de trois ans. Les *Trois taches* (inspirée des trois tiges de Balamore & Wozniak, 1984) consiste à présenter à l'enfant une planche comprenant trois taches de couleur, rouge à gauche, vert au milieu et jaune à droite de la planche. Muni d'un petit marteau, l'enfant mémorise une séquence supposée automatique puisqu'elle va de la gauche vers la droite de la planche : rouge-vert-jaune. Il lui est demandé de répéter plusieurs fois cette séquence automatique. Dans un deuxième temps, il lui est demandé de taper sur les taches de couleur selon une autre séquence, soit d'abord le rouge puis le jaune et puis le vert. L'enfant est invité à le faire le plus vite qu'il peut et sans commettre d'erreur jusqu'à ce que le clinicien lui dise de s'arrêter. Dans cette condition, l'enfant effectue une séquence motrice dans un ordre inhabituel et doit inhiber la séquence la plus automatique. Le nombre d'erreurs et d'autocorrections commises par l'enfant et le nombre de fois qu'il a pu effectuer la séquence dans le temps imparti sont comptabilisés.

Le *Tapping de Luria* (Diamond & Taylor, 1996) est une tâche qui évalue la capacité de l'enfant à inhiber la tendance à imiter les actions du clinicien. L'évaluation se déroule en deux temps. La première phase

visé à renforcer la réponse automatique qui est d'imiter les actions du clinicien. L'enfant est invité à taper une fois sur la table si le clinicien a tapé une fois et à taper deux fois si le clinicien a tapé deux fois. Dans la deuxième phase, l'enfant doit produire le geste inverse à celui du clinicien : il est invité à taper une fois si le clinicien tape deux fois et, inversement, à taper deux fois si le clinicien tape une seule fois. Des séries de 16 essais sont pratiquées. L'évaluation porte sur le nombre d'erreurs et d'autocorrections commises par l'enfant.

La *Statue* est empruntée à la batterie de tests NEPSY (Kemp, Kirk, & Korkman, 2001). La tâche permet d'évaluer la capacité de l'enfant à persister dans l'application d'une consigne et à inhiber son activité motrice. L'enfant est invité à se tenir debout sans bouger, les yeux fermés, sans parler, le bras droit levé perpendiculairement au corps comme s'il portait un drapeau, le bras gauche le long du corps, pendant une période de 75 secondes. Au cours de cette période, différents distracteurs sont introduits : après 10 secondes, le clinicien laisse tomber son crayon sur la table à proximité d'où se tient l'enfant, après 30 secondes, il tape deux fois sur la table, après 50 secondes, il tousse deux fois. L'évaluation porte sur les mouvements moteurs effectués par l'enfant au cours de la période d'observation fractionnée en intervalles de temps. Ces mouvements sont considérés comme des levées d'inhibition motrice.

Trois autres tâches ont été développées pour mesurer l'inhibition dans des contextes moins moteurs. Dans le test du *Tri des cartes* (inspiré de Brooks Hanauer, Padowska & Rosman, 2003), l'enfant est invité à classer des cartes selon leur catégorie. Cette tâche comporte deux conditions. Dans la condition « jeu du même », il doit placer les cartes « lapins » du côté de la carte modèle de lapin et les cartes « camions » du côté de la carte modèle du camion. Les cartes modèles de lapin et de camion sont vertes. Les huit premières cartes à trier ne varient que sur une dimension : il s'agit de lapins verts ou de camions verts. Les 8 cartes suivantes sont de couleur bleue ou jaune. L'enfant doit donc prêter attention à la catégorie sans tenir compte de la couleur. Dans la seconde condition, dite le « jeu du fou », l'enfant doit trier les cartes suivant un critère opposé à la nature du modèle : il doit poser les cartes camion du côté de la carte modèle lapin et inversement. À nouveau, les premiers items sont de la même couleur que les cartes modèles et les derniers items sont de couleur différente. Il a été montré

que le jeu du fou était plus difficile pour les enfants que le jeu du même parce qu'il impliquait d'inhiber la tendance naturelle à classer un item sur le modèle correspondant. En outre, le simple ajout d'une variation de la couleur des cartes mobilise des ressources attentionnelles de l'enfant et rend la tâche plus difficile. L'évaluation porte sur le nombre d'erreurs et d'autocorrections commises par l'enfant.

Dans l'épreuve du *Chat-Chien-Poisson*, inspirée des travaux de Gerstadt, Hong et Diamond (1994), une planche comprenant quatre lignes de dessins est présentée à l'enfant : des chats, des chiens et des poissons. L'enfant est invité à dénommer les dessins aussi vite que possible et sans commettre d'erreur. Dans une seconde phase, une autre planche comportant des dessins de chats, chiens et poissons est présentée à l'enfant. Le clinicien lui raconte qu'ils sont maintenant tous les deux sur la planète Mars et que là, les chiens s'appellent « chat » et les chats s'appellent « chien » tandis que les poissons s'appellent « poisson ». L'enfant est alors invité à dénommer les dessins aussi vite que possible et sans commettre d'erreur. Dans cette condition, l'enfant doit donc inhiber la tendance dominante à dire « chat » devant les dessins de chats et « chien » devant ceux des chiens. L'évaluation porte sur le nombre d'erreurs et d'autocorrections commises par l'enfant.

Enfin, le *Stroop monstres* développé par Censabella et Noël (non publié) est une épreuve qui comporte trois conditions. Dans la première, une planche comprenant six rangées de dessins de petits monstres de différentes couleurs est présentée à l'enfant. L'enfant doit pointer chaque monstre et dénommer le plus rapidement possible, et sans erreur, la couleur du monstre. Dans un second temps, une planche similaire est présentée à l'enfant, mais cette fois, les monstres sont placés sur des fonds de couleurs différentes (par exemple, un monstre vert dessiné sur un fond rouge). À nouveau, l'enfant doit pointer chaque monstre et dire, aussi vite que possible et sans erreur, la couleur du monstre. L'enfant doit donc inhiber les distracteurs externes, c'est-à-dire focaliser son attention sur la couleur du monstre sans être distrait par la couleur du fond. Enfin, dans la dernière condition, la planche proposée est similaire à celle décrite ci-dessus à l'exception du fait que de temps à autre, un des petits monstres est présenté la tête en bas. L'enfant doit à nouveau dire la couleur du monstre sauf si celui-ci a la tête en bas. Dans ce cas, il doit dire la couleur du fond. Lors de cette troisième étape d'évaluation, l'enfant doit focaliser son

attention alternativement sur la couleur du monstre ou sur la couleur du fond. Il doit donc, selon la position du monstre, traiter l'une et inhiber l'autre. L'évaluation porte sur le nombre d'erreurs et d'autocorrections commises par l'enfant et sur le temps mis pour dénommer les items de chaque planche.

b) *Personnalité et comportement externalisé*

Parmi les facteurs individuels, les traits de personnalité et le tempérament ont souvent été proposés comme facteurs étiologiques dans le développement des troubles du comportement chez l'enfant (Rothbart & Bates, 1998). Le tempérament est généralement défini comme les racines biologiques des traits de la personnalité, consistant en traits simples et basiques qui émergent tôt dans l'enfance (Buss & Plomin, 1984; Hartup & van Lieshout, 1995). Le tempérament difficile fait notamment référence à une émotivité négative, en particulier l'irritabilité, repérable très tôt chez le nourrisson (Guerin, Gottfried & Thomas, 1997). L'étude des traits de personnalité est parfois préférée à celle du tempérament dans la mesure où un véritable consensus existe autour d'une taxonomie des traits : le Modèle à Cinq Facteurs de la personnalité (Caspi, 1998; Goldberg, 1990). Dans ce modèle, les traits sont définis comme des dispositions de l'individu qui sont stables au travers des contextes et du temps. Au contraire des comportements, très sensibles au contexte environnemental et relationnel tel que cela a été évoqué dans le chapitre 2, les traits ne varient pas selon que l'enfant soit par exemple évalué dans le milieu scolaire ou dans le milieu familial.

Dans le Modèle à Cinq Facteurs, les traits de personnalité s'organisent autour de cinq dimensions principales : l'extraversion, l'agrément de contact, le fait d'être consciencieux, la stabilité émotionnelle et l'ouverture à l'expérience. L'extraversion chez l'enfant se réfère à l'ouverture sociale, au fait d'être bavard, sûr de soi, spontané ou encore d'adopter des comportements de leader. L'agrément de contact se réfère au fait d'être agréable, docile ou aimable. Le caractère consciencieux rend compte du fait que l'enfant est soigneux, persévérant et précis. La stabilité émotionnelle indique que l'enfant est généralement d'humeur égale, calme ou au contraire émotif et instable. Enfin, l'ouverture à l'expérience se réfère à l'intelligence, à la créativité et au plaisir à découvrir de nouveaux centres d'intérêt.

Un courant de recherche désigné sous le terme de *Behavioral Genetics* s'est donné pour mission de quantifier l'influence des facteurs génétiques dans les traits de personnalité. Les études empiriques menées sur ce sujet ont comparé des jumeaux monozygotes (ou jumeaux vrais), dizygotes (ou faux jumeaux), des fratries biologiques et des fratries avec enfants adoptés. Elles ont conclu que 50 % des traits de personnalité étaient expliqués par des facteurs génétiques tandis que les 50 % restant étaient expliqués par des influences environnementales, notamment familiales. Au vu de ces résultats, l'enfant viendrait au monde avec une personnalité dont 50 % seraient génétiquement déterminés. C'est ainsi que les traits de personnalité se sont naturellement imposés comme des facteurs causaux des troubles de comportements chez l'enfant (Loehlin, 1992).

Les recherches empiriques ont confirmé cette hypothèse en indiquant que les traits de personnalité étaient impliqués dans l'expression de la psychopathologie (John, Caspi, Robins, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1994). Les liens que la personnalité entretient avec les comportements internalisés ou externalisés ont été particulièrement étudiés chez les enfants¹. Ce sont les facteurs « agrément de contact », « être consciencieux » et « stabilité émotionnelle » qui ont été le plus associés aux comportements de type externalisés et ce sont les facteurs « extraversion » et « stabilité émotionnelle » qui ont été le plus souvent associés aux comportements internalisés. Ainsi, les enfants dont la personnalité est peu agréable, peu consciencieuse et instable sur le plan émotionnel ont une probabilité plus élevée de développer des troubles dits externalisés (Prinz, Onghena, Hellinckx, Grietens, Ghesquière & Colpin, 2003; Tackett, 2006; Van Leeuwen, Mervielde, Braet & Bosmans, 2004). Les enfants dont la personnalité est à la fois peu extravertie et dont la stabilité émotionnelle est faible ont une probabilité plus élevée de développer des troubles dits internalisés (Lonigan, Vasey, Philips & Hazen, 2004; Van Leeuwen *et al.*, 2004).

La réalité n'est pas pour autant si simple et les liens de cause à effet entre personnalité et comportement ne sont pas aussi directs qu'il y paraît. En effet, ces facteurs individuels n'entraînent pas d'emblée des

1. Pour rappel, les comportements externalisés sont dirigés vers les partenaires relationnels tels que l'agressivité, la provocation, l'impulsivité ou l'agitation. Les comportements internalisés se réfèrent à des comportements ciblant l'individu lui-même tels que le retrait social, la dépression, l'anxiété ou la faible estime de soi.

troubles du comportement ; bon nombre d'enfants peu consciencieux et instables émotionnellement ne deviennent pas des enfants agressifs ou agités ! La littérature laisse à penser que l'influence conjointe de plusieurs facteurs serait nécessaire pour entraîner un comportement pathologique ; les traits de personnalité n'agiraient que dans un contexte environnemental particulier. C'est la théorie dite du *goodness-of-fit* (Chess & Thomas, 1999) – que l'on pourrait traduire en français par la notion d'accordage – qui est la plus intéressante à ce propos. D'après cette théorie, les troubles du comportement pathologiques apparaîtraient lorsqu'il y a inadéquation entre les facteurs de personnalité de l'enfant et les caractéristiques environnementales, notamment les comportements éducatifs parentaux. Cette théorie a été démontrée par plusieurs études empiriques (De Clercq, Van Leeuwen, De Fruyt, Van Hiel & Mervielde, 2008 ; Kochanska, Aksan & Joy, 2007 ; Prinzie *et al.*, 2003 ; Van Leeuwen *et al.*, 2004). L'agrément de contact a notamment été présenté comme un facteur de protection propre à modérer les effets délétères de comportements parentaux inappropriés. Autrement dit, les enfants ayant une personnalité agréable risquaient moins de développer des troubles psychopathologiques même si leurs parents adoptaient des pratiques éducatives inadéquates. À l'inverse, des enfants peu consciencieux, peu agréables et instables émotionnellement se sont révélés être particulièrement sensibles aux comportements éducatifs coercitifs et inconsistants de leurs parents. En outre, des comportements éducatifs parentaux imprégnés de chaleur et de disponibilité bienveillante se sont révélés être des facteurs de protection pour des enfants aux traits de personnalité faibles en agrément de contact et en stabilité émotionnelle. Ainsi, les enfants avec de tels traits se développant dans un environnement éducatif structuré et chaleureux ne développaient pas de troubles du comportement externalisé.

Ces éléments ont amené l'équipe de recherche du programme de recherche «H2M Children» à évaluer les traits de personnalité des enfants et à envisager que ces traits puissent distinguer les enfants présentant des niveaux de comportement externalisé pathologiques des enfants témoins. La personnalité a ainsi été évaluée par un questionnaire proposé aux parents. Le questionnaire *Échelles Bipolaires basées sur le Modèle à Cinq Facteurs* (Roskam, de Maere-Gaudissart & Vandenplas-Holper, 2000) se présente sous la forme d'items bipolaires comportant neuf degrés. Cinq items bipolaires étaient proposés pour

chacun des cinq facteurs du modèle théorique de référence, par exemple « taiseux – bavard » pour l'extraversion, « égoïste – altruiste » pour l'agrément de contact, « négligent – soigneux » pour le fait d'être consciencieux, « nerveux – calme » pour la stabilité émotionnelle, et « sans idées – créatif » pour l'ouverture à l'expérience. Les parents étaient invités à situer leur enfant sur l'un des neuf degrés de l'échelle pour chacun des vingt-cinq items.

4.1.2 Les facteurs contextuels

a) *Attachement et comportement externalisé*

La théorie de l'*attachement* est l'une des plus importantes en psychologie de l'enfant. Elle présente l'attachement comme un besoin social primaire (Bowlby, 1978, 1984, 1998). Le bébé humain serait intrinsèquement orienté vers des partenaires d'interaction sociale dont il cherche la proximité. Les comportements d'attachement visant à assurer cette proximité seraient justifiés par la nécessité pour un enfant d'être auprès de sa mère (désignée comme figure d'attachement) afin qu'elle le protège d'agressions extérieures (Miljkovitch, 2006). L'observation de jeunes enfants retournant auprès de leur mère en cas d'alerte ou de stress tend à corroborer cette vision théorique. Ainsi par exemple, il nous a à tous été donné d'observer des enfants d'un à deux ans explorant leur environnement (au cours d'une réunion de famille, par exemple) et revenant subitement auprès de leur mère après avoir constaté qu'un adulte non familier s'approchait d'eux. Le but de l'attachement serait donc la sécurité et *in fine*, la survie de l'individu. Il s'agirait à ce titre d'une fonction typiquement adaptative. Une fois rassuré auprès de sa figure d'attachement, l'enfant reprendrait des comportements d'exploration du monde environnant. Les systèmes d'attachement et d'exploration sont ainsi conçus comme deux systèmes antagonistes : lorsque l'un s'active, l'autre est désactivé et vice versa (Pierrehumbert, 2003).

La notion de « base de sécurité », élément essentiel de ces deux systèmes antagonistes, fait référence au fait qu'un enfant se sent bien et exploite mieux son potentiel s'il sait qu'il peut compter sur l'une au moins de ses figures d'attachement en cas de difficulté (Bowlby, 1989 ; Pierrehumbert, 2003). Cette dernière lui sert alors de « base » à partir

de laquelle il peut opérer, expérimenter et découvrir le monde qui l'entoure. L'indépendance de l'enfant est ainsi étroitement liée aux chances qu'il croit avoir en cas de nécessité, de bénéficier de la protection de sa figure d'attachement. Ce sont la proximité puis la confiance en la disponibilité de cette figure qui permettent à l'enfant de se sentir en sécurité. Ne devant plus activer son système d'attachement, il pourra activer son système d'exploration en vue d'expériences et d'interactions nouvelles.

Une typologie comprenant quatre catégories d'attachement fait consensus parmi les théoriciens de l'attachement. Les quatre catégories sont l'attachement *sécure*, *anxieux-évitant*, *insécure-ambivalent*, et *désorganisé*. Les enfants sécures activent leur système d'attachement de façon optimale, c'est-à-dire lorsqu'ils se trouvent dans une situation émotionnellement difficile. Ils le désactivent aussitôt que leur figure d'attachement est présente. Celle-ci les assiste dans la régulation émotionnelle et comportementale qu'implique la situation rencontrée. L'équilibre entre les systèmes d'attachement et d'exploration est ici adéquat. Les enfants anxieux-évitants éprouvent pour leur part des difficultés à se distancer de leur « base de sécurité ». Leur système d'exploration ne se déploie pas de manière optimale. En cas de situation particulièrement stressante, par exemple lorsqu'ils sont en présence d'une personne étrangère et en l'absence de leur figure d'attachement, ils peuvent être amenés à désactiver leur système d'attachement. Ils se mettent en retrait social par rapport à la personne non familière et au retour de leur figure d'attachement se montrent distants. Ils ne parviennent pas à utiliser cette figure comme base de sécurité pour réguler les émotions et le comportement induits par la situation rencontrée. Les enfants insécures-ambivalents se caractérisent par une hyper-activation de leur système d'attachement qui se traduit par des pleurs et des cris en cas d'éloignement avec la figure d'attachement. Ils ne parviennent par ailleurs pas à réguler leurs émotions négatives en présence de la figure d'attachement dont la proximité est désirée mais parfois repoussée dans des mouvements de colère. Cette hyper-activation du système d'attachement empêche tout déploiement du système d'exploration et laisse les enfants insécures-ambivalents aux prises avec leurs émotions négatives. Enfin, l'attachement désorganisé se caractérise par une absence de stratégies en cas d'alerte. L'enfant laisse une impression de désorganisation ou de séquence incomplète de comportements visant à

susciter la proximité avec la figure d'attachement. Il adopte à la fois des comportements de recherche et d'évitement sans dégager de méthode efficace pour gérer sa détresse émotionnelle. La figure d'attachement semble à la fois crainte et désirée. Ainsi, l'enfant désorganisé laisse une impression de désordre émotionnel et comportemental empêchant un bon équilibre entre système d'attachement et système d'exploration (Miljkovitch, 2006 ; Pierrehumbert, 2003).

Les liens entre attachement et psychopathologie ont fait l'objet d'une vaste littérature. Les recherches ont été menées dans des cultures et des échantillons très variés. Les conclusions sont extrêmement congruentes et laissent à penser que des processus universels sont à l'œuvre en ce qui concerne l'attachement (Grossman, Grossman & Keppler, 2005 ; Rothbaum & Morelli, 2005). Ainsi, les enfants se trouvant dans la catégorie d'attachement sécure ont une probabilité plus importante que les autres enfants des catégories insécures ou désorganisées d'obtenir de bons indices de santé mentale, des performances scolaires élevées et des comportements adaptés à leur contexte de développement. À ce titre, l'attachement de type sécure s'impose comme un facteur de protection en ce sens qu'il diminue la probabilité d'occurrence des troubles du comportement. À l'inverse, c'est la désorganisation qui a été le plus souvent mise en relation avec la psychopathologie chez l'enfant. La désorganisation semble particulièrement liée à l'émergence et à la persistance de comportements externalisés (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, Lapsley & Roisman, 2010). L'incapacité à déployer des stratégies organisées en vue de susciter la proximité avec les figures d'attachement et de réguler ses émotions et ses comportements conduirait l'enfant à manifester des comportements difficiles. La désorganisation apparaît ainsi comme un facteur de risque au sens où elle augmente la probabilité d'occurrence des troubles du comportement.

Au-delà des quatre catégories, l'attachement a également été analysé sous la forme de dimensions. Les dimensions ont notamment pour objectif de nuancer le niveau de sécurité ou d'organisation des stratégies d'attachement (Stievenart, Roskam, Meunier & Van de Moortele, en révision). En effet, les catégories ne permettent pas de différencier les enfants qui, catégorisés comme sécures, ont un niveau de sécurité modéré ou élevé. La dimension de sécurité est ainsi conçue comme un continuum dont les niveaux les plus bas relèvent de

stratégies insécures (évitant ou ambivalent) et les niveaux les plus élevés, de stratégies très sécures. La dimension d'organisation permet d'indiquer dans quelle mesure les stratégies d'attachement sont organisées en séquences comportementales identifiables ou au contraire désorganisées. C'est cette perspective dimensionnelle qui a été utilisée dans le programme de recherche «H2M Children».

Le degré de sécurité et d'organisation ont été appréhendés au moyen d'une procédure dite des «histoires à compléter» (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola & Halfon, 2003). Il s'agit de mettre l'enfant en présence d'un matériel ludique composé de figurines et de divers objets représentant le décor tel qu'un petit rocher, une auto ou une table. Selon une procédure standardisée, le clinicien raconte un début d'histoire en manipulant les figurines et les éléments du décor. Il demande ensuite à l'enfant de poursuivre l'histoire. La procédure compte un total de huit histoires mettant en scène des moments de séparation entre l'enfant et ses figures parentales, des figures d'attachement secondaires comme la grand-mère ou encore des transgressions de la part de l'enfant comme renverser du sirop. Les récits produits par l'enfant sont codés grâce à une série d'items évaluant par exemple l'utilisation des figures parentales ou la disponibilité de l'enfant à l'égard de la tâche. La procédure permet soit de catégoriser les enfants selon la typologie habituelle (*sécure*, *insécure-évitant*, *insécure-ambivalent*, *désorganisé*), soit d'obtenir deux scores dimensionnels de sécurité et de désorganisation tels qu'ils ont été utilisés dans le programme de recherche «H2M Children».

b) Éducation et comportement externalisé

La littérature scientifique dans le domaine de la psychologie de l'éducation a pu démontrer que les difficultés comportementales externalisées telles que l'agitation, la désobéissance, la provocation ou encore l'agressivité étaient liées à des facteurs éducatifs intrafamiliaux. Parmi ces facteurs, la littérature s'est particulièrement penchée sur le sentiment de compétence parentale et sur les pratiques éducatives. Le sentiment de compétence parentale désigne la perception qu'ont les parents de leur capacité à influencer positivement le comportement et le développement de leur enfant (Coleman & Karraker, 2000). Ce sentiment de compétence fait partie des cognitions parentales relatives à la manière dont les parents se représentent leur fonction, leurs devoirs

envers leurs enfants, les caractéristiques d'un «bon parent» et les finalités d'une éducation réussie. De ces représentations découlent un ensemble de croyances à propos du développement et de l'éducation de leur enfant. Les pratiques éducatives *parentales* peuvent être définies comme la manière dont les parents entrent en interaction sur le plan verbal et non verbal avec leur enfant pour atteindre des objectifs en vue de favoriser son développement, réguler son activité, lui transmettre des valeurs morales, culturelles ou familiales, obtenir une réponse, diminuer ou au contraire augmenter l'occurrence d'un comportement (Holden & Edwards, 1989). Elles sont le plus souvent conceptualisées selon deux dimensions non exclusives que sont le contrôle et le support parental (Gallagher, 2002 ; Maccoby & Martin, 1983). Le contrôle se réfère aux moyens employés par les parents pour amener l'enfant à respecter une norme qu'ils ont établie. Ces moyens sont la discipline, les punitions sévères comme la fessée, les renforcements matériels comme le fait d'acheter un jouet ou un bonbon à un enfant s'il fait ce que le parent lui demande, les pratiques d'ignorance consistant par exemple à ne plus adresser la parole à l'enfant jusqu'à ce que ce dernier accomplisse ce qui est attendu de lui. On met également sous la dimension «contrôle», les pratiques de type inconsistantes comme le fait de menacer un enfant d'une punition sans appliquer cette punition en cas de non-réalisation de la part de l'enfant. Le support se réfère aux pratiques visant à développer l'autonomie de l'enfant, sa capacité à se distancer de ses propres comportements, sa capacité à négocier une règle avec l'adulte et d'en comprendre les enjeux. On met aussi sous cette dimension les pratiques indiquant que le parent accorde du temps au dialogue avec l'enfant, lui porte un intérêt et se préoccupe de la qualité de son comportement dans les situations où il n'est pas personnellement présent, comme à l'école ou au club de sport par exemple : c'est ce qu'on appelle le «monitoring» dans la littérature spécialisée.

Le sentiment de compétence et les pratiques éducatives entretiennent des liens dynamiques forts. Ainsi, le sentiment de compétence et les cognitions parentales de manière plus globale sont supposés sous-tendre les pratiques éducatives (Coleman & Karraker, 1998 ; Jones & Prinz, 2005). Par exemple, un parent estimant qu'un bon parent est quelqu'un qui sait se faire respecter de ses enfants légitimera et recourra plus aisément à des pratiques contrôlantes voire coercitives

pour parvenir à ses fins qu'un autre parent dont la représentation du bon parent est caractérisée par sa capacité à dialoguer et à négocier les règles. De même, il a été démontré qu'un parent ayant un sentiment de compétence bas recourt plus fréquemment à des pratiques coercitives par crainte de ne pas obtenir l'obéissance de l'enfant, tandis que les parents plus confiants dans leur capacité à influencer le comportement de leur enfant dans le sens attendu utilisent moins fréquemment le contrôle comme mode d'interaction.

À leur tour, les pratiques éducatives ont été mises en relation avec le comportement de l'enfant. Les études portant sur ces relations ont émergé dans les années 1940 et n'ont cessé de se déployer (Durning, 1995). Elles ont longtemps été conceptualisées de manière telle que «de bons parents font, de par leurs bonnes pratiques éducatives, de bons enfants». Les études corrélationnelles indiquaient en effet que plus les parents utilisent des pratiques de support, plus les enfants sont adaptés sur le plan social, scolaire, émotionnel et relationnel. À l'inverse, les parents caractérisés par des pratiques de type contrôlantes avaient des enfants statistiquement plus difficiles et dont l'intégration sociale comme les performances scolaires étaient moins positives. Ces résultats et la manière de les interpréter ont ainsi été longtemps relayés par la psychologie populaire qui, aujourd'hui encore, pense qu'il suffit d'être un «bon parent» pour ne pas rencontrer de souci majeur avec ses enfants (Pardini, Fite & Burke, 2008). Un tournant important a été amorcé fin des années 1960 et début des années 1970. Les résultats issus d'études corrélationnelles ont alors été interprétés de manière inverse. Cette interprétation nouvelle souligne alors qu'il est aisé et naturel de déployer des pratiques éducatives de support envers des enfants obéissants, serviables, intéressés par le contact social, créatifs et joyeux tandis qu'il semble plus probable d'adopter des comportements de contrôle à l'égard d'enfants opposants, provocateurs, agités voire agressifs. Ces derniers mettent en effet le parent au défi – et parfois en échec éducatif – de telle manière que les pratiques sont évaluées comme étant moins structurées et moins chaleureuses. Une série de recherches se sont ensuite penchées sur les liens réciproques existant entre pratiques éducatives parentales et comportement de l'enfant. Il est aujourd'hui admis que l'influence entre ces deux variables est de nature bidirectionnelle (Lollis & Kuczynski, 1997; Patterson, 1982). Des modèles plus complexes impliquant ces deux

variables et le sentiment de compétence ont aussi suggéré que le sentiment de compétence constituait un modérateur de l'influence du comportement de l'enfant sur les pratiques parentales. Ainsi, des parents confiants dans leur capacité à influencer positivement le développement de leur enfant se laisseraient moins influencer par les difficultés de comportement de l'enfant et démontreraient une réelle capacité à déployer des pratiques de support même dans les situations adverses où l'enfant difficile les met à l'épreuve (Meunier, Roskam & Browne, 2011b).

Dans le programme de recherche «H2M Children», le sentiment de compétence et les pratiques éducatives parentales ont été évalués au moyen de questionnaires et d'entretiens. Le questionnaire évaluant le sentiment de compétence investigate la manière dont les parents se sentent aptes à faire obéir l'enfant, à partager des moments de jeux agréables avec lui, à lui apprendre de nouvelles choses, à démontrer leur affection et à installer des routines efficaces au moment des repas ou du coucher, par exemple (Meunier & Roskam, 2009a). Le questionnaire évaluant les pratiques éducatives s'organise autour des deux dimensions habituelles que sont le support et le contrôle. En ce qui concerne le support, les items portent sur le soutien émotionnel, l'autonomisation de l'enfant, le monitoring, la négociation et le respect de règles. En ce qui concerne le contrôle, les items portent sur la discipline, les punitions sévères, l'inconsistance de la discipline, les récompenses matérielles et les pratiques d'ignorance de l'enfant (Meunier & Roskam, 2007, 2009b). La validité écologique du questionnaire a été confirmée en confrontant les résultats obtenus par ce questionnaire et ceux obtenus lors d'entretiens approfondis auprès d'un sous-échantillon de parents sélectionnés aléatoirement (Roskam, Meunier, Mouton & Vassart, 2009). La validité écologique fait référence au fait que les informations recueillies au moyen du questionnaire rejoignent celles que nous aurions obtenues en conduisant des entretiens approfondis avec les parents.

Bien qu'intéressante, la littérature documentant les liens entre facteurs individuels ou contextuels et comportement difficile chez l'enfant reste cloisonnée. Rares sont en effet les recherches ayant pris en considération des facteurs issus de différents domaines de développement. C'est l'un des avantages du programme de recherche «H2M Children» qui a eu l'ambition d'évaluer chez tous les enfants de l'échantillon, des

facteurs dans des domaines aussi variés que ceux de la personnalité, du fonctionnement cognitif, de l'attachement et de l'éducation parentale. En procédant de la sorte, les données obtenues ont permis de dresser un portrait plus complet du profil de ces enfants et d'envisager les processus à l'œuvre, ces processus pouvant déboucher sur d'éventuelles propositions d'intervention pluridisciplinaire précoce.

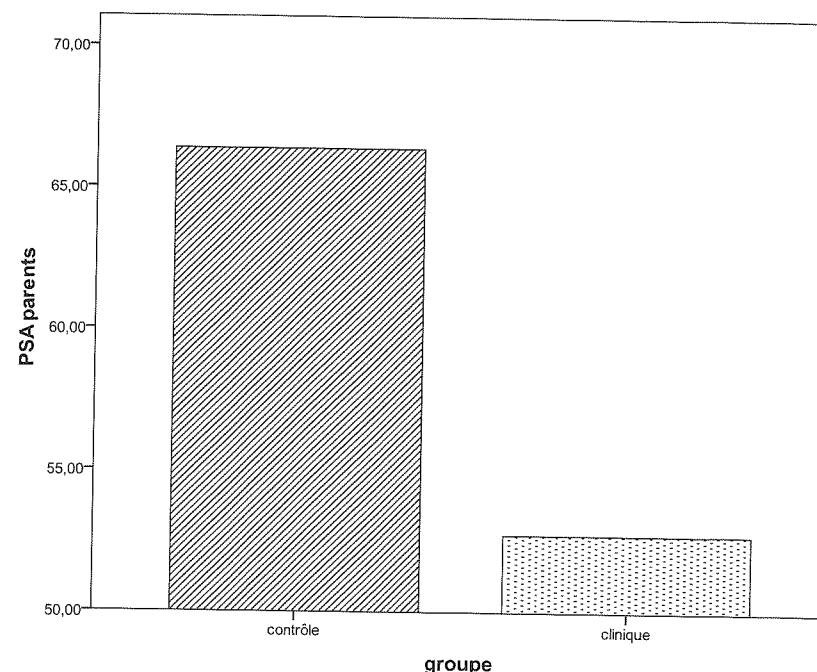
4.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS DIFFICILES

Les comparaisons entre enfants des deux groupes appariés ont fourni des indications claires sur les caractéristiques des enfants difficiles. L'évaluation de leur comportement à partir du *Profil Socio-Affectif* et du *Jeu de Deux*² a tout d'abord confirmé (cf. figures 4.2 et 4.3) que l'adaptation sociale des enfants du groupe contrôle était significativement inférieure à celle des enfants du groupe clinique tandis que les comportements d'agitation, les affects négatifs et l'agressivité observés pendant le jeu étaient plus intenses chez les enfants du groupe clinique que chez les enfants du groupe contrôle.

Au-delà de leurs caractéristiques comportementales, la comparaison des facteurs associés aux problèmes de comportement dans les deux groupes appariés a démontré que les enfants difficiles présentaient des spécificités tant du point de vue des facteurs individuels que des facteurs contextuels.

En ce qui concerne les *facteurs individuels*, les enfants difficiles sont caractérisés par des capacités d'inhibition inférieures à celles des enfants du groupe contrôle. Ainsi, exposés aux tâches évaluant l'inhibition, les enfants du groupe clinique font un nombre d'erreurs significativement plus élevé que les enfants du groupe contrôle comme en témoigne la figure 4.4. Lors de la réalisation de ces tâches, les enfants du groupe clinique démontrent une impulsivité importante; ils se précipitent notamment pour désigner les items sur les planches sans adapter la vitesse de traitement des informations visuelles en fonction des consignes qui leur sont données. Ces résultats suggèrent donc que ces enfants ont une moindre capacité de contrôle et de régulation de leur

FIGURE 4.2
Adaptation sociale des enfants des deux groupes appariés
évaluée par le questionnaire Profil Socio-Affectif



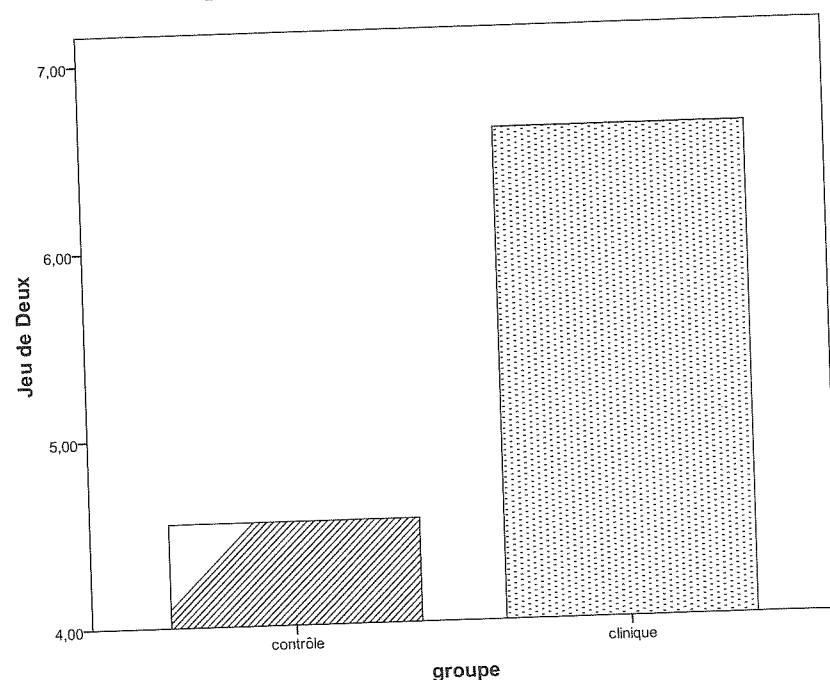
comportement et qu'ils agissent de façon plus impulsive que leurs pairs du même âge.

Sur le plan individuel, les enfants difficiles sont également caractérisés par une personnalité moins agréable au contact, moins consciencieuse et moins stable au niveau émotionnel (cf. figures 4.5, 4.6 et 4.7). Par contre, ils ne diffèrent pas de manière significative des enfants du groupe contrôle en ce qui concerne l'extraversion et l'ouverture à l'expérience. Les enfants du groupe clinique présenteraient ainsi un profil de personnalité différent de celui des enfants témoins, ce qui les prédisposerait à rencontrer des difficultés dans l'établissement de relations sociales harmonieuses, dans l'accomplissement de tâches, le respect de consignes et la régulation de leurs émotions. S'inscrivant dans la

2. Cf. chapitre 2 pour une présentation de ces instruments de mesure du comportement.

FIGURE 4.3

Comportements externalisés des enfants des deux groupes appariés évalués par le Jeu de Deux

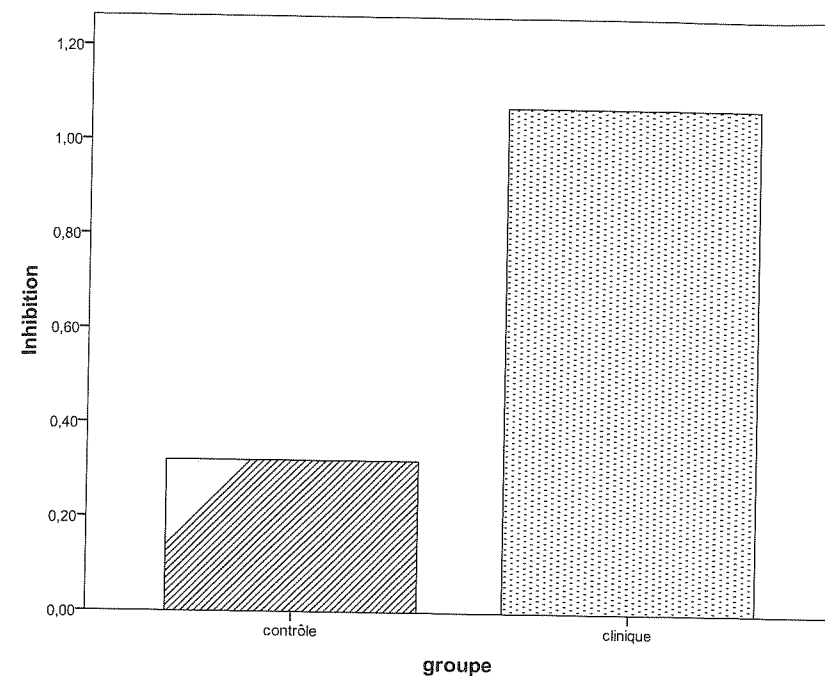


logique des traits de personnalité, ces prédispositions transcenderaient les situations particulières et l'ensemble des contextes de développement auxquels l'enfant est confronté.

En ce qui concerne les *facteurs contextuels*, les comparaisons entre les deux groupes appariés ont fourni des indications intéressantes concernant les profils d'attachement des enfants. Il s'est avéré que, contrairement à nos attentes, les enfants difficiles ne différaient pas des enfants témoins sur la dimension de la sécurité-insécurité d'attachement. Comme les enfants tout-venant, les enfants du groupe clinique sont en moyenne capables de s'investir dans la tâche de complétion d'histoire, d'utiliser les figures d'attachement comme des bases de sécurité et d'activer leur système d'attachement en cas d'alerte. Toutefois, des différences significatives ont été mises en

FIGURE 4.4

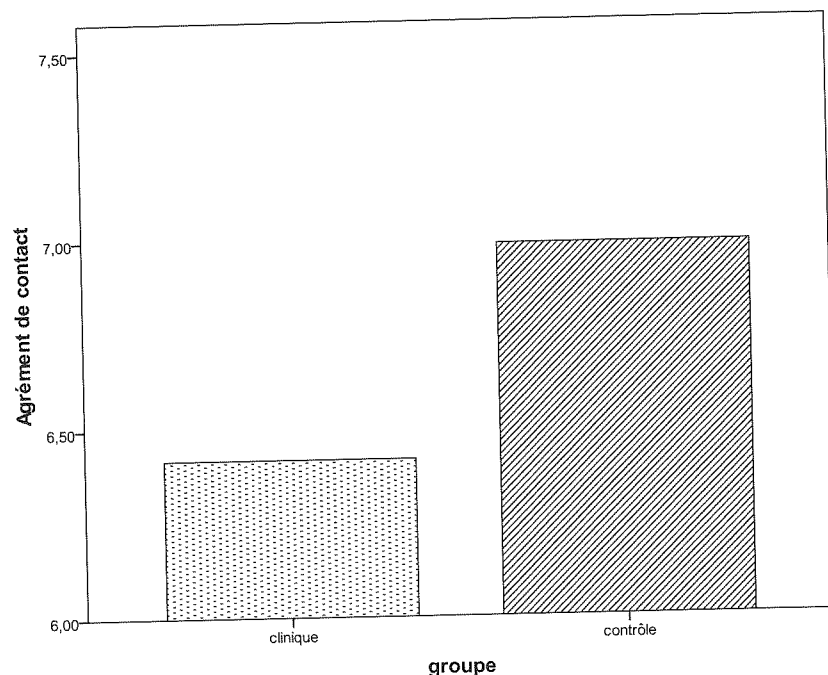
Taux moyen d'erreurs d'inhibition des enfants du groupe contrôle et des enfants du groupe clinique



évidence entre les deux groupes sur la dimension organisation-désorganisation. Les enfants difficiles ont manifesté dans leurs récits des stratégies d'attachement marquées par une plus faible cohérence entre les éléments des récits. Ces enfants passent volontiers du coq-à-l'âne, recourent à des thématiques violentes et se montrent incapables de construire un récit comprenant un début, une intrigue et un dénouement. Ces éléments convergent vers un manque d'organisation des stratégies d'attachement lorsque le système d'attachement est activé par les thématiques des histoires à compléter. Ce résultat, illustré dans la figure 4.8, est en accord avec une littérature récente démontrant l'importance de la dimension organisation-désorganisation dans l'explication des psychopathologies chez l'enfant (Fearon *et al.*, 2010).

FIGURE 4.5

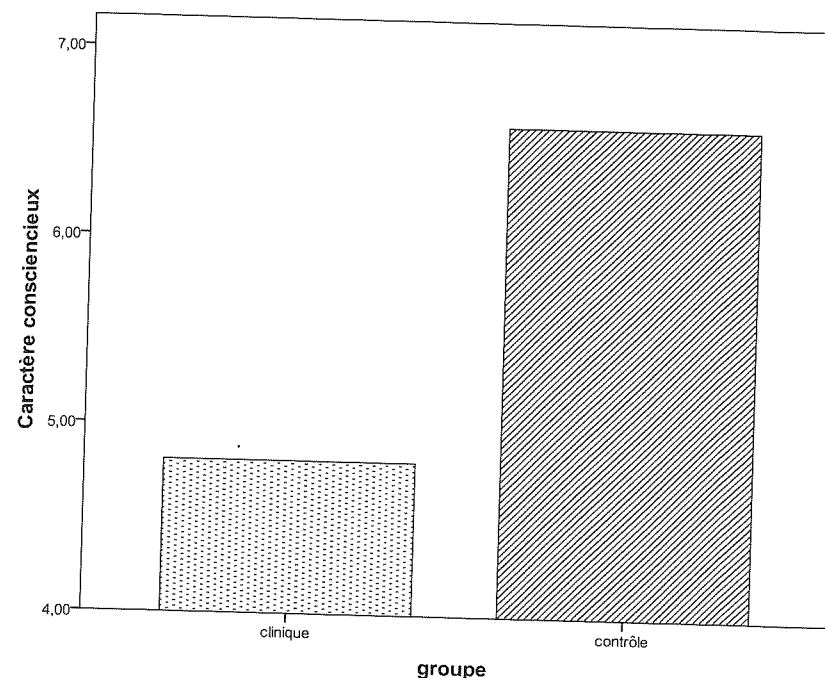
Moyenne du trait de personnalité « Agrément de contact »
chez les enfants du groupe contrôle et du groupe clinique



Sur le plan éducatif, les comparaisons entre les deux groupes apparés ont indiqué que les parents d'enfants difficiles avaient, en moyenne, un sentiment de compétence plus faible que les parents d'enfants tout-venant. Face au comportement d'un enfant qui les met en échec, les mères comme les pères développeraient un sentiment d'impuissance. Les constats cliniques vont d'ailleurs dans ce sens. Les parents que nous avons rencontrés en consultation dans le cadre du programme de recherche «H2M Children» se sont souvent déclarés à bout de souffle, impuissants à faire obéir l'enfant, incapables d'adopter des stratégies efficaces pour aboutir à leurs fins. Il s'agit sans doute là d'une des caractéristiques les plus importantes de ces parents qui, face à un enfant dont le comportement est difficile à gérer, se vivent comme des parents incompetents. Ils se comparent à d'autres parents qui réussissent là où

FIGURE 4.6

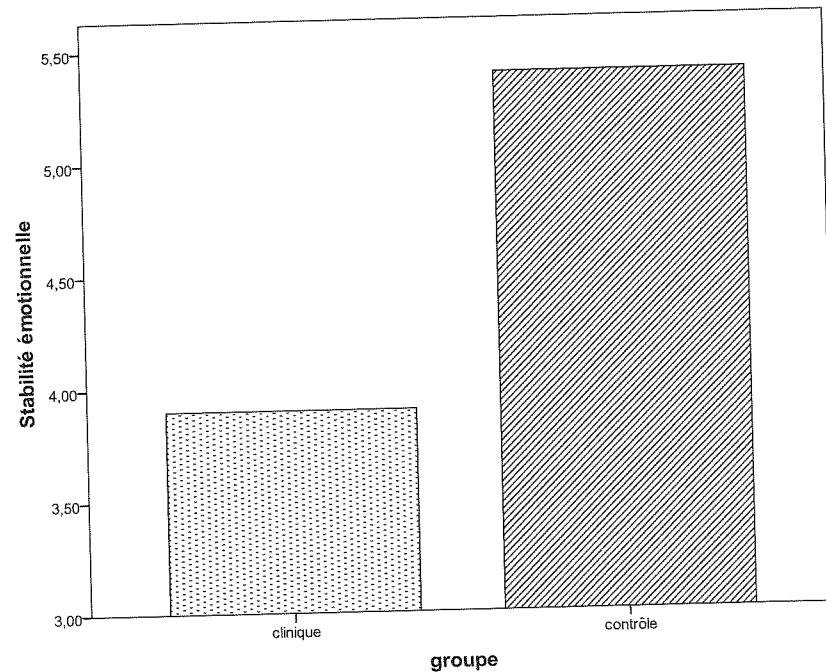
Moyenne du trait de personnalité « Caractère consciencieux »
chez les enfants du groupe contrôle et du groupe clinique



eux-mêmes échouent; ils reçoivent de la part des enseignants et de l'entourage des commentaires négatifs au sujet de leur enfant et de la manière dont ils parviennent à lui imposer des limites. Ces parents sont souvent désespérés et arrivent dans nos consultations avec pour demande que le professionnel amène la solution qu'ils n'ont pas pu trouver par eux-mêmes. Notons que le clinicien doit ici prendre garde à ne pas se positionner comme le «sauveur tout-puissant» capable de proposer des solutions rapides et efficaces pour qu'enfin l'enfant se comporte d'une manière adaptée à son contexte de développement, qu'il soit familial ou scolaire. Le clinicien, si brillant et expérimenté soit-il, ne possède pas de tels pouvoirs, de même qu'il ne peut prodiguer de remède universel dont l'efficacité ait été démontrée. En outre, une relation d'aide asymétrique entre le clinicien et les parents

FIGURE 4.7

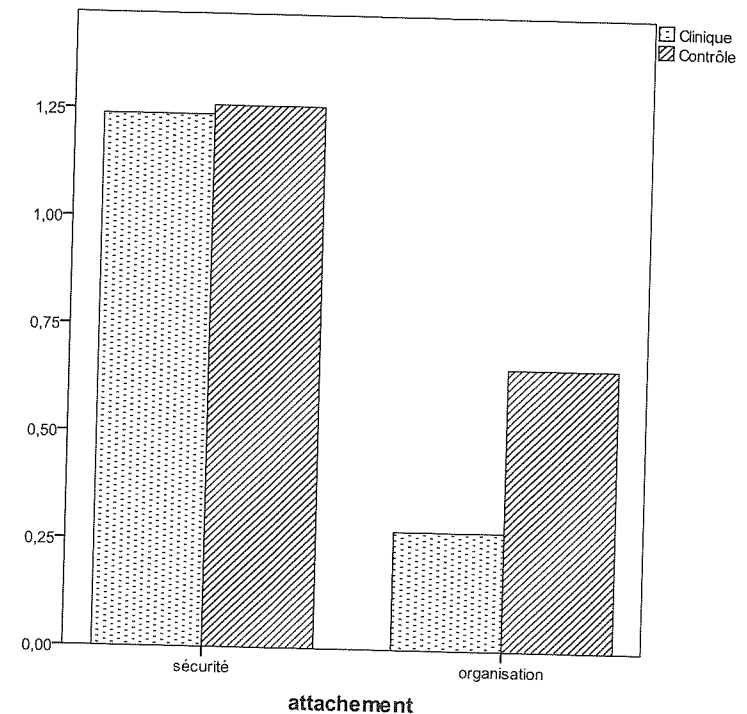
Moyenne du trait de personnalité « Stabilité émotionnelle »
chez les enfants du groupe contrôle et du groupe clinique



est également susceptible de conduire à l'échec car elle empêche le développement d'un partenariat parents-professionnel qui constitue pourtant un outil fondamental de la prise en charge. Ce n'est qu'en co-élaborant des significations et des modes relationnels alternatifs que les parents expérimenteront dans leurs relations quotidiennes avec l'enfant, que le comportement de ce dernier évoluera dans le sens désiré. La mise en œuvre d'une relation de partenariat parents-professionnel n'est possible que dans la mesure où le professionnel prendra soin de restaurer chez les parents un certain niveau de sentiment de compétence. Il est en effet clairement démontré dans le domaine parental, comme dans le domaine des apprentissages par exemple, que le sentiment de compétence est une cognition qui exerce un puissant effet sur la motivation dans l'accomplissement et dans la persévérance lors

FIGURE 4.8

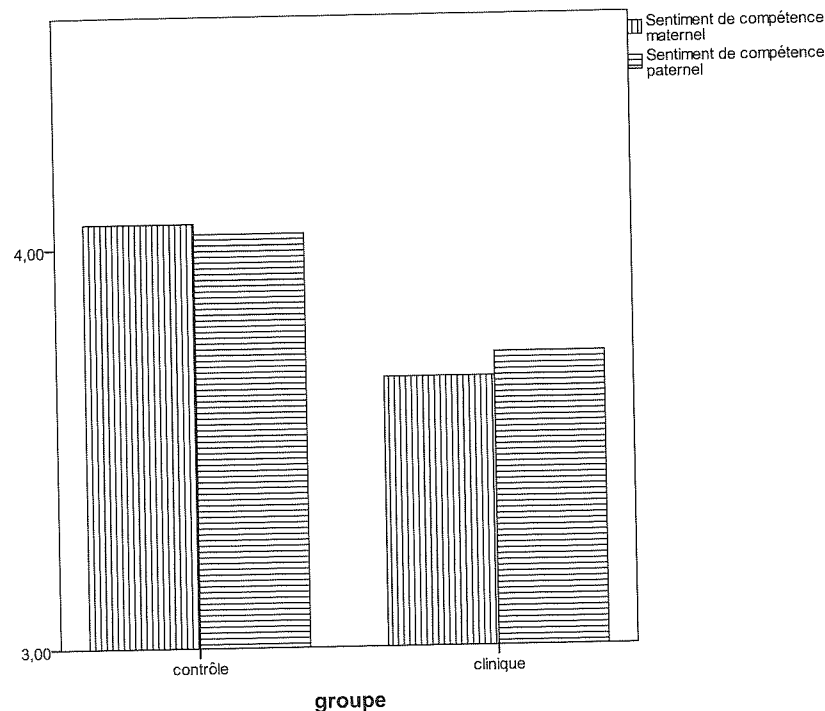
Moyenne de la sécurité et de l'organisation des stratégies
d'attachement des enfants du groupe contrôle et du groupe
clinique



de la réalisation d'une tâche (Coleman & Karraker, 1998 ; Jerusalem & Mittag, 1995). Si un enfant se sent compétent dans le domaine mathématique, sa motivation à résoudre des exercices de mathématiques sera plus soutenue que s'il ne se sent pas à la hauteur des exigences de la tâche. Dans ce cas, l'enfant estime qu'il n'est pas opportun de s'investir fortement dans une tâche dans laquelle il a toutes les chances d'échouer. Ce type de processus a été largement décrit et documenté chez les adolescents en décrochage scolaire. Il en va de même pour les parents qui, se sentant démunis face à l'enfant, ne seraient plus motivés à adopter de nouvelles stratégies et à remplir leur fonction éducative. C'est dans ce cadre que les parents d'enfants difficiles sont parfois

FIGURE 4.9

Moyenne du sentiment de compétence chez les mères et les pères des enfants du groupe contrôle et du groupe clinique



surpris à démissionner. À quoi bon déployer tant d'énergie pour éduquer son enfant dans la mesure où les efforts ne sont pas couronnés de succès ? Le travail du clinicien dans la restauration du sentiment de compétence est essentiel pour qu'un travail d'accompagnement des familles soit efficace. Il ne s'agit pas de persuader les parents qu'ils sont les meilleurs parents du monde, ni même de les déculpabiliser au point qu'ils ne se sentent nullement responsables des problèmes de comportement de l'enfant. L'enjeu consiste le plus souvent à leur indiquer que le métier de parent ne s'apprend pas et que nous adoptons des comportements éducatifs « naturels », inspirés notamment de nos pratiques culturelles, des médias et des modèles reçus de nos parents. Ces comportements « naturels » sont adéquats dans la plupart des relations

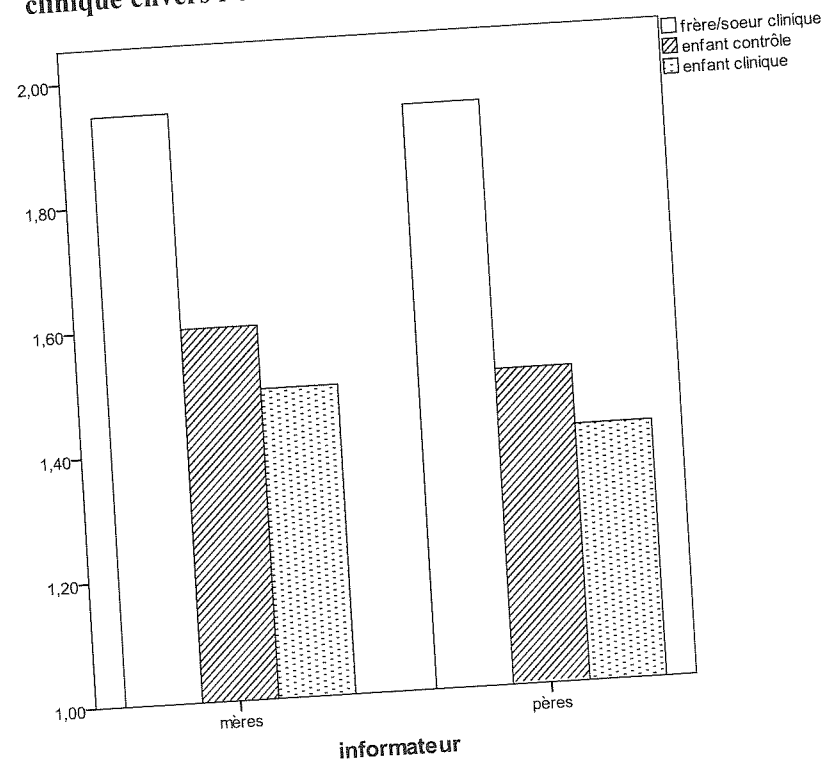
éducatives entre parents et enfant. Ils permettent aux enfants de se développer de manière harmonieuse et favorisent ainsi des relations gratifiantes entre parents et enfant. Cependant, lorsque l'enfant présente des comportements difficiles, les comportements éducatifs que nous adoptons naturellement ne suffisent pas à contenir les débordements. Ce type d'enfant nécessite, par exemple, un surcroît de structuration et une grande consistance des comportements éducatifs chez tous les éducateurs auxquels il a affaire. La plupart des parents ne sont pas naturellement préparés à adopter de telles pratiques. C'est dans ce contexte que l'accompagnement éducatif des familles prend tout son sens.

En ce qui concerne les pratiques éducatives, la comparaison des deux groupes appariés a été effectuée sur base d'un calcul de rapport entre les pratiques éducatives de support et les pratiques éducatives de contrôle³. Les résultats ont montré que les mères des enfants du groupe clinique présentaient un rapport inférieur aux mères du groupe contrôle ; elles utilisent en moyenne plus de contrôle et moins de support à l'égard de leur enfant. Aucune différence significative n'a été mise en évidence en ce qui concerne les pères. La tentation pourrait être grande ici de penser que, ce faisant, les mères contribueraient sinon à causer, du moins à entretenir les problèmes de comportement de leur enfant. Recourant à des stratégies éducatives inconsistantes et coercitives, elles favoriseraient l'émergence et la persistance des difficultés chez l'enfant. Nos entretiens cliniques nous avaient donné quelques indications, comme le fait que ces mères adoptaient des pratiques éducatives plus contrôlantes en réaction aux comportements difficiles de l'enfant sans qu'on puisse leur en attribuer toute la responsabilité. Nous avons donc évalué leurs pratiques éducatives à l'égard d'autres enfants de la fratrie et comparé ces pratiques avec celles des parents du groupe contrôle. Les résultats ont montré que les parents ayant un enfant difficile sont capables d'adopter à l'égard d'un autre de leurs enfants des pratiques marquées par beaucoup de support et peu de contrôle. Leur rapport est d'ailleurs significativement plus élevé que celui des parents du groupe contrôle comme en témoigne la figure 4.10. Ces données

3. Le score obtenu sur la dimension de support a été divisé par le score obtenu sur la dimension de contrôle de manière telle qu'un score supérieur à 1 soit obtenu pour des parents utilisant plus de support que de contrôle et un score inférieur à 1 chez des parents utilisant plus de contrôle que de support.

FIGURE 4.10

Rapport support/contrôle éducatif chez les mères et les pères du groupe contrôle et chez les mères et les pères du groupe clinique envers l'enfant clinique et un autre enfant de la fratrie



tendent ainsi à montrer que les parents d'enfants difficiles ne seraient pas intrinsèquement différents des autres parents, mais qu'en réaction à un enfant difficile à gérer, ils adopteraient des pratiques éducatives plus marquées par le contrôle. Ces pratiques seraient réservées au seul enfant difficile tandis que les autres enfants de la fratrie bénéficieraient de pratiques caractérisées par un niveau de support élevé. Ces pratiques parentales différenciées ne sont par ailleurs pas sans poser de difficultés au sein même des fratries. Cette question sera plus largement abordée dans les aspects éducatifs développés dans le chapitre 10 de la section 3 du présent ouvrage.

En conclusion, la comparaison des deux groupes appariés dans le programme de recherche « H2M Children » a permis de dresser un portrait assez complet des enfants difficiles à partir de facteurs individuels et contextuels associés aux comportements externalisés. En abordant l'ensemble de ces facteurs de manière décloisonnée, les résultats de ce vaste programme de recherche ont contribué à compléter les informations déjà disponibles dans la littérature. Les caractéristiques des enfants difficiles pourraient être résumées comme suit. Au-delà de leur comportement externalisé, toutes choses étant égales par ailleurs, ces enfants sont caractérisés par un profil de personnalité aux traits peu agréables, peu consciencieux et instables sur le plan émotionnel. Sur le plan cognitif, ils présentent des capacités d'inhibition plus faibles. Leur profil d'attachement aux figures parentales est marqué par la désorganisation. Dans ce contexte-là, leurs parents sont caractérisés par un sentiment de compétence faible et des pratiques éducatives teintées d'un surcroît de contrôle et d'un manque de support.

Cette approche comparative a également montré que, dès l'âge de trois ans, il est possible de s'appuyer sur des instruments d'évaluation du comportement et des facteurs individuels ou contextuels qui lui sont associés pour différencier les enfants difficiles des enfants témoins. Grâce à leurs bonnes propriétés discriminantes, ces méthodes d'évaluation permettent de capturer les particularités des enfants difficiles avec une vision large et dynamique de plusieurs domaines de développement importants dans la petite enfance. Il en résulte que ces instruments peuvent constituer de bons outils tant pour le chercheur qui modélise les processus menant à un comportement pathologique, que pour le clinicien qui souhaite comprendre le comportement difficile chez un enfant donné.

La comparaison des deux groupes appariés a fourni une première approche de la réalité des enfants difficiles et de leur famille. Elle permet d'entrevoir la complexité des processus en jeu dans l'émergence et la persistance des comportements difficiles. Enfin, elle ouvre la voie à des modalités d'analyse plus fines qui tenteront de préciser la nature des liens entre les facteurs individuels et contextuels d'une part, et le comportement de l'enfant d'autre part. Il est en effet impossible à ce stade d'inférer un quelconque lien de causalité entre l'un ou l'autre de ces facteurs et les difficultés de comportement décrites chez les enfants du groupe clinique. Il est en fait fort probable que les

relations de causalité ne soient pas simples et qu'un seul de ces facteurs ne puisse pas, à lui seul, être la cause de comportements pathologiques. Certaines corrélations entre un facteur donné et le comportement pourraient en outre traduire une comorbidité entre deux troubles distincts. Ces deux troubles pourraient éventuellement être expliqués par un facteur commun sous-jacent comme par exemple un dysfonctionnement neuropsychologique causant à la fois le déficit d'inhibition et le comportement externalisé. En outre, il se pourrait que les relations entre les facteurs individuels et familiaux eux-mêmes soient extrêmement complexes. Dans la mesure où la personnalité est génétiquement influencée (Loehlin, 1992) et où les patterns d'attachement tendent à se répéter de génération en génération (van Ijzendoorn, 1995), les parents des enfants du groupe clinique pourraient, à l'instar de leurs enfants, présenter des particularités qui les différencient des parents du groupe contrôle. Ainsi, leur personnalité pourrait également être marquée par une moindre agréabilité et par une instabilité émotionnelle. Leur attachement pourrait être moins organisé ou sécurisé comparativement aux parents des enfants du groupe contrôle. Ces caractéristiques pourraient *in fine* influencer le sentiment de compétence que développent ces parents ainsi que leurs pratiques éducatives.

La section 2 du présent ouvrage se centrera sur les données longitudinales obtenues dans le cadre du programme de recherche. Cette nouvelle perspective permettra de préciser plus avant la nature des relations entre facteurs de risque associés et comportement externalisé chez le jeune enfant.

SECTION 2

Développement