

# Enfant insupportable Quand faut-il s'inquiéter ?

Par **Isabelle Roskam**, professeure de psychologie à l'Institut de recherche en sciences psychologiques de l'université de Louvain, en Belgique.

Enfant difficile est-il synonyme de graine de délinquant ? Évidemment non. Mais comment distinguer l'enfant turbulent de celui qui a besoin d'aide ? Et comment intervenir ?

**D**ans la salle d'attente du médecin, une mère patiente avec son enfant de 3 ans. Le petit remue dans tous les sens. Il grimpe sur les chaises, les déplace bruyamment et se couche par terre en geignant. Puis il se précipite sur les magazines qu'il éparpille, tout en sautillant autour de la table basse... Qui n'a jamais assisté à pareille situation ? Dans les salles d'attente, mais aussi dans les grandes surfaces, au cinéma, au restaurant, dans les couloirs des trains, aux arrêts de bus : on peut croiser ces enfants « perturbateurs » partout. Incapables de rester en place, ils dérangent sans vergogne leur entourage. Faut-il s'en inquiéter pour autant ? En réalité, ces troubles, dits externalisés car dirigés vers autrui, existent chez tous les

jeunes enfants jusque vers l'âge de 6 ans. Ils vont de l'agitation à l'agressivité en passant par l'instabilité émotionnelle, l'impulsivité, l'opposition et la provocation. Il arrive à tous les petits de faire des crises de colère, de se venger sur un camarade ou de refuser d'obéir. Ils n'en sont pas tous horripilants pour autant. Selon des études prospectives, menées principalement par des chercheurs européens et américains, seuls 5 % des enfants présentent ce genre de troubles de manière si forte et répétée qu'ils deviennent insupportables pour leur entourage. Mais comment distinguer ces enfants difficiles de tous les autres ? Où se trouve la frontière entre la turbulence normale propre à l'enfance et un comportement perturbé qui relève de la pathologie ?

Pour le déterminer, une méthode qui a fait ses preuves consiste à évaluer l'intensité et la fréquence de ces troubles dans la petite enfance, à l'aide d'une liste établie d'actions de la vie quotidienne. La plus connue et la plus utilisée, la *Child behavior checklist*, a été développée en 2000 par un chercheur américain, Thomas Achenbach de l'université Vermont, aux États-Unis. Elle sert à estimer la gravité de ces perturbations externalisées et internalisées (tournées vers l'enfant lui-même comme la dépression) à partir d'une centaine de comportements symptomatiques. Par exemple, l'enfant s'entend-il avec les autres enfants ? Jamais, plus ou



## EN BREF

● Tous les enfants se montrent insupportables par moments. Seuls 5 % d'entre eux ont des comportements problématiques intenses et fréquents.

● On peut s'inquiéter lorsque le « diagnostic » des parents, des enseignants et des cliniciens concorde, et que la situation ne se règle pas avec le temps.

● Aussi lorsqu'au moins trois facteurs de risque internes (comme le retard de langage) et externes (comme une situation familiale précaire) se conjuguent pour empêcher l'enfant de s'adapter à ses différents milieux de vie.

© Shutterstock.com / Avonne Wierink





●● moins ou toujours? Exige-t-il que ses demandes soient satisfaites immédiatement? Ou encore est-il perturbé au moindre changement d'habitude? Souvent, les évaluations, réalisées tour à tour par la mère, le père et l'enseignant, ne concordent pas. Par exemple, la mère rapporte de nombreux comportements agressifs de l'enfant, le père beaucoup moins et l'enseignant le considère comme plutôt agréable avec les autres dans le contexte scolaire (*lire l'encadré ci-dessous*). Comment expliquer de telles différences de jugement?

D'abord parce que l'enfant change souvent d'attitude en fonction de son environnement. Et surtout parce que les observations présentent inévitablement des biais: le seuil de tolérance des évaluateurs, l'attitude du groupe auquel l'enfant est comparé – la fratrie pour les parents ou la classe pour l'enseignant – ou encore la qualité de la relation entre l'informateur et l'enfant. C'est pourquoi je recommande souvent de compléter ces évaluations par celle d'un clinicien. Ne pouvant observer l'enfant dans sa vie quotidienne, celui-ci s'appuie sur des paradigmes construits pour faire émerger les comportements qu'il souhaite observer. Le plus souvent, cela consiste à mettre le jeune en situation de frustration afin de générer des émotions négatives, de l'opposition voire de

l'agressivité. Par exemple avec un jeu truqué pour qu'il perde de manière répétée tandis qu'un de ses pairs (réel ou virtuel dans les jeux informatisés) gagne. Là encore, l'avis du clinicien diverge parfois de celui des parents et de celui de l'enseignant.

#### UN DIAGNOSTIC MULTI-INFORMATEURS

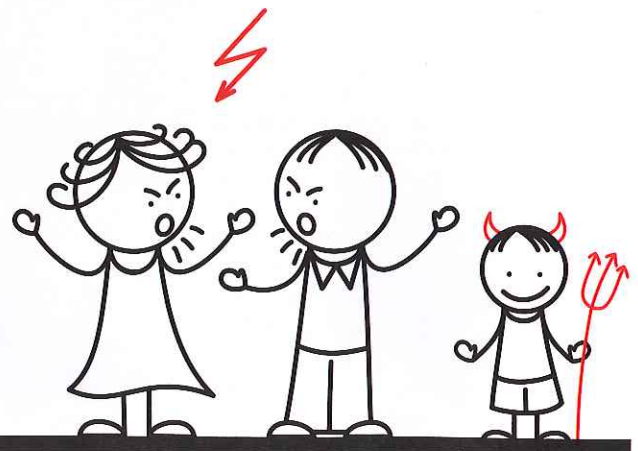
Qui a raison, qui a tort? Tout le monde: chaque source d'information apporte son lot de « vérité ». Et recourir à plusieurs types d'informateurs présente de nombreux avantages. En premier lieu, cela permet de contourner les biais spécifiques à chaque point de vue: des parents dépassés et épuisés par les comportements de leur enfant vont les exagérer, alors qu'un enseignant particulièrement ému par sa situation aura tendance à les minimiser. Ou inversement. Par ailleurs, on tire ainsi profit des différentes expertises: les parents renseignent sur la conduite de l'enfant au sein de sa famille, donc avec des proches auxquels il est particulièrement attaché. Le professeur rapporte comment il agit avec ses pairs: en classe, dans des situations d'apprentissage ou de contrainte, par exemple lorsqu'il doit rester assis pendant un temps donné et se taire, mais aussi dans des contextes peu structurés comme dans la cour de récréation.

Quant au clinicien, il ajoute ses observations en conditions d'expérience. Ainsi on identifie mieux les jeunes dont les troubles risquent de devenir pathologiques. En effet, lorsque les évaluations des différents informateurs ne sont pas concordantes, c'est que l'enfant parvient à ajuster son comportement dans certaines situations mieux que dans d'autres. Donc il a des ressources qu'il réussit à mobiliser dans certains contextes relationnels mais pas (encore) dans tous. Par exemple, il est tout à fait adapté en famille, entouré de ses deux parents, mais il éprouve des difficultés avec ses pairs dans des situations de compétition. En revanche, lorsque tous les évaluateurs consignent des conduites problématiques intenses et fréquentes, c'est que le « petit diable » ne parvient jamais à s'adapter. Il semble donc manquer de ressources personnelles, quelles que soient la qualité de la relation avec les autres, la tolérance de ces derniers à son égard, ou encore la clarté des consignes données.

Au-delà de la problématique de l'évaluation, une autre question fondamentale se pose: l'évolution des comportements dans le temps. Il y a deux écoles en la matière. Certains considèrent qu'il faut laisser du temps au temps et ne pas intervenir trop tôt, car un petit de 2 ou 3 ans est bien trop jeune pour que l'on

## DES AVIS DIVERGENTS SUR LE MÊME ENFANT

**J**ules se rebelle contre moi; il me frappe et me donne des coups de pied si je lui refuse quelque chose ». C'est ce que nous dit la maman de Jules lorsque nous la rencontrons à la consultation. Son mari rétorque que Jules n'ose pas le faire avec lui. Il est beaucoup plus sage avec son père qu'avec sa mère même s'il pique parfois des colères quand celui-ci lui dit « non », colères au cours desquelles il jette de temps en temps ses jouets par terre violemment. Un contact pris avec l'enseignante par téléphone nous montre un autre visage de Jules. L'enfant est décrit comme parfaitement intégré dans la classe, obéissant aux demandes des adultes. Une ou deux fois seulement, il a repoussé un camarade qui voulait lui prendre le jouet avec lequel il était occupé. Mais la professeure précise que tous les enfants ont ce type d'attitude normale à leur âge.





s'inquiète. Et il peut très bien réussir à réguler son comportement turbulent, après 6 ans, lorsque la maturation fait son œuvre. À l'inverse, d'autres considèrent que les dérèglements précoces laissent augurer du pire à l'adolescence. Pour avancer dans ce débat, deux types de recherches fournissent des indications précieuses : les analyses rétrospectives et les études longitudinales dont beaucoup ont été compilées dans un rapport publié en France par l'Inserm en 2005, portant sur les troubles des conduites chez les jeunes.

#### LES BIAIS D'ÉCHANTILLONNAGE

Les études rétrospectives ont été surtout menées dans les années 1980 et 1990 par des psychologues et des criminologues auprès d'adolescents ou d'adultes recrutés dans des centres pénitentiaires, des centres fermés ou des institutions de soin en raison d'actes antisociaux. Les études ont tenté de mettre en évidence s'ils avaient déjà des comportements à problème dans leur enfance. Sans surprise, elles ont montré que c'était bien le cas, avant l'âge de 6 ans. Mais ces études rétrospectives comportent forcément un biais d'échantillonnage : elles font l'impasse sur les individus équilibrés à l'âge adulte après de jeunes années agitées. Leurs conclusions laissent donc une impression de déterminisme décourageant et sans doute exagéré.

Des études longitudinales ont été menées quant à elles en Europe, aux États-Unis et au Canada depuis les années 1990. C'est notamment le cas du programme de recherche *Hard-t(w)omanage children* (H2M, « Enfants difficiles »), que nous conduisons depuis 2004 à l'université de Louvain, en Belgique. Nous avons suivi le développement de quelque 400 enfants depuis l'âge de 3, 4 ou 5 ans pendant plusieurs années. Le biais d'échantillonnage est donc contourné mais on se heurte à un autre problème : le nombre des participants diminue au fil des années, soit qu'ils sont démotivés soit qu'ils font face à des événements de vie imprévus comme un déménagement. Ces études ont cependant révélé un résultat majeur : en l'absence d'intervention



**Si on assimile souvent l'enfant difficile à un gosse mal élevé, c'est parce que l'on ne voit pas les difficultés dans lesquelles sont empêtrées ces familles.**

thérapeutique précoce, les troubles de conduite externalisés persistent au fil du temps. Pour certains, ils peuvent même à s'aggraver, notamment chez les enfants dont les évaluations multi-informateurs sont les plus concordantes. Parmi ceux qui consultent (et qui par définition ne vont pas bien) il semblerait qu'une moitié conserve des difficultés de comportement à l'adolescence et à l'âge adulte. Une toute petite minorité connaîtra des problèmes de délinquance ou d'addiction.

Toutes ces recherches convergent donc vers la nécessité d'une intervention précoce, si possible avant 6 ans. Mais encore faut-il comprendre l'origine des problèmes : comment expliquer l'émergence et la persistance de ces troubles chez le jeune enfant ? Comment comprendre qu'ils touchent un membre d'une fratrie mais pas les autres alors qu'ils reçoivent tous la même éducation ? En fait, il n'existe pas de cause directe connue à ce type de conduite. On n'est évidemment pas dans une relation de cause à effet comme dans la trisomie 21, où l'on sait que l'individu est atteint parce qu'il a trois chromosomes au lieu de deux dans la paire 21. Ici les troubles sont liés à des facteurs de risque, qui augmentent la probabilité de leur apparition. Ainsi, un enfant qui ne bénéficie pas d'un cadre éducatif bienveillant et structurant devient plus souvent agité et en opposition. Mais ce n'est pas parce qu'un jeune vit dans un tel cadre qu'il va forcément devenir insupportable !

#### DE NOMBREUX FACTEURS DE RISQUE

Dans le cadre de notre programme de recherche H2M, nous avons rangé les facteurs de risque en deux catégories : ceux venant de l'enfant lui-même, et ceux qui dépendent de son environnement. Au moins cinq d'entre eux sont liés à l'enfant. Tout d'abord, un tempérament marqué par un niveau d'activité élevé, une réactivité émotionnelle forte et des capacités d'autoapaisement limitées. Ensuite, un développement moins optimal que la moyenne de la zone frontale du cerveau responsable de nos capacités attentionnelles, mnésiques et d'inhibition. Cette zone détermine notre fonctionnement ●●●



●● exécutif – capacité à planifier nos actions au service d'un but précis – qui est lui-même lié à une plus ou moins bonne régulation comportementale. Troisièmement : un déficit de la cognition sociale, avec un mauvais traitement de l'information, un déficit dans la reconnaissance des émotions d'autrui. Ce qui mène à des perceptions erronées de situations, avec par exemple le sentiment d'être volontairement agressé par autrui ou l'ignorance de sa souffrance. Quatrièmement, le retard de langage : un enfant qui ne comprend pas bien les consignes et les demandes qui lui sont adressées, ou qui ne peut pas exprimer ses besoins et ses désirs aura souvent une conduite décalée. Enfin, l'attachement insécurisé : lorsqu'un enfant ne se sent pas en sécurité sur le plan affectif, il éprouve parfois le besoin de se faire remarquer et de provoquer pour gagner l'attention et la disponibilité de ses parents ou de son enseignant.

#### DES PRATIQUES ÉDUCATIVES INADAPTÉES

Les seconds types de facteurs de risque, ceux liés à l'environnement, sont également assez nombreux. Parmi eux, c'est l'éducation familiale qui vient le plus rapidement à l'esprit. Certains parents tendent à se montrer inconsistants : par exemple, ils menacent l'enfant de le punir et ne le font pas, ou ils lui laissent faire ce qu'ils lui avaient interdit la veille. D'autres adoptent une discipline en escalade : leur gamin désobéit, ils le réprimandent ; il boude, le voilà au coin ; du coup, le petit sort sans autorisation et à son retour, on l'enferme dans sa chambre ; il se met à alors à taper violemment contre la porte qui menace de céder, et les parents abandonnent. Le jeune sort victorieux de cette expérience, avec un sentiment de toute-puissance. Pour beaucoup de pères et de mères, ces pratiques éducatives inadaptées sont liées aux comportements difficiles de leur fils ou de leur fille, auxquels ils ne parviennent pas à faire face autrement. D'ailleurs si on assimile souvent l'enfant difficile à un gosse mal élevé, c'est parce que l'on ne voit pas les embarras dans lesquels sont empêtrées ces familles.



#### STIMULER LES COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES

L'objectif est d'apprendre à l'enfant à se mettre à la place des autres. Pour cela, on lui fait voir un dessin animé présentant une situation ambiguë. Par exemple, dans une cour de récréation, un gamin reçoit un ballon sur la tête. Il exprime son mécontentement et regarde autour de lui. On aperçoit un groupe d'écoliers, près du goal. Ceux-ci observent le petit qui a reçu le ballon sur la tête. Aucune émotion ne transparait sur leur visage. Après avoir regardé le dessin animé, l'enfant doit dire ce que ressentent celui qui a reçu le ballon et ceux qui l'ont lancé : sont-ils tristes ou honteux d'avoir causé du tort ? Ou alors contents et fiers d'avoir atteint leur cible ? On lui apprend ainsi à décrypter les émotions des autres.

Outre le cadre éducatif, on retiendra la précarité économique qui complique l'exercice de la parentalité : l'absence de revenus suffisants empêche les parents d'inscrire leurs petits à des activités extrascolaires, de leur offrir des cours de soutien, ou encore de prendre une *baby-sitter* pour s'octroyer une sortie. Enfin, la coparentalité, c'est-à-dire la manière dont le père et la mère coopèrent dans l'éducation, joue aussi un grand rôle : grandir avec des parents sapant l'autorité l'un de l'autre ou se dénigrant mutuellement, se révèle indéniablement délétère.

Nombreux sont donc les facteurs de risque potentiels. Mais l'influence de chacun d'entre eux pris isolément sur les troubles de comportements externalisés est limitée. Alors que leur accumulation expliquerait l'émergence et la persistance des conduites problématiques. Selon cette hypothèse dite cumulative, l'enfant peine, comme nous l'avons montré dans le programme H2M, à s'adapter à ses différents milieux de vie s'il combine au moins trois facteurs de risque : par exemple un retard de langage, avec un attachement insécurisé et un cadre éducatif peu structurant ou encore un tempérament actif, une situation très précaire et une coparentalité négative.

Cette analyse a conduit de nombreux psychologues à mettre au point deux types d'action. La première s'adresse aux jeunes, la seconde à leurs parents ou à leur entourage.

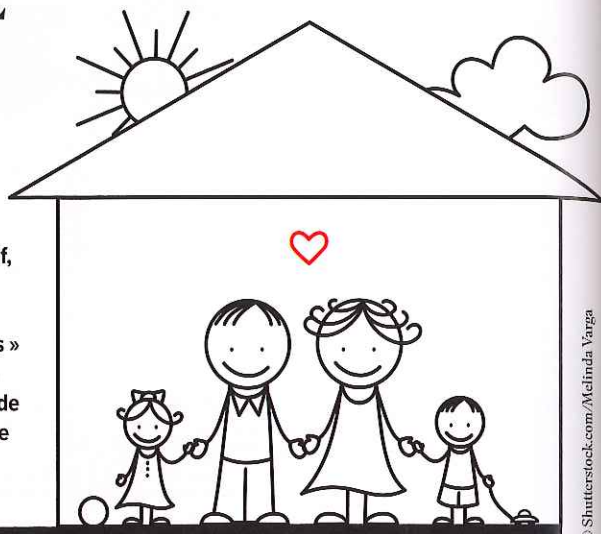
#### UN BON ENTRAÎNEMENT : LE « NI OUI NI NON » ET « JACQUES A DIT »

En ce qui concerne les enfants, on tente d'augmenter leurs capacités d'inhibition ou de stimuler leurs compétences sociales et émotionnelles. Par exemple en les entraînant à des jeux comme les



## RENFORCER LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE

**N**otre programme se pratique en groupe avec les parents. On commence par effectuer un tour de table : « Pouvez-vous raconter aux autres parents du groupe quel a été le moment le plus agréable passé avec votre enfant au cours de cette semaine ? Pour ce faire, choisissez un objet ou une image qui symbolise ce moment. » On leur demande alors de réfléchir ensemble sur les raisons pour lesquelles ces quelques minutes ou quelques heures ont été plaisantes. Quels étaient les ingrédients, en particulier ceux liés à leur propre comportement éducatif, qui ont rendu positif cet épisode. Chaque parent est invité à se poser la question suivante : quelles « bonnes pratiques » émanent d'autres parents du groupe je pourrais m'approprier lorsque j'interagis avec mon enfant ? Ces « bonnes pratiques » sont échangées en groupe puis notées dans le journal de bord par chacun. Il devra essayer pour la séance prochaine d'en avoir utilisé une au moins une fois. Un tour de parole y sera consacré au début de la séance suivante. Ainsi, avec la mise en œuvre mutuelle de techniques efficaces, on renforce la confiance des parents dans leur propre compétence à assurer leur rôle.



célèbres « ni oui ni non » ou « Jacques a dit » qui renforcent leur capacité à réguler leur comportement. Ou encore en leur apprenant à interpréter des situations sociales ambiguës et à se mettre à la place de différents personnages à partir de séquences de dessins animés (*lire l'encadré page 80*). Des actions que l'on peut mener dans des consultations individuelles ou de groupe, parfois dans le milieu scolaire. Une des interventions de groupe les plus connues est le programme *Dinosaur school*, développé par Carolyn Webster-Stratton, professeure émérite de l'université de Washington au début des années 2000. Les enfants sont stimulés par groupes de 5 ou 6 pendant 18 à 22 semaines à raison d'une séance hebdomadaire pendant laquelle on travaille leurs compétences relationnelles comme la résolution de conflits, ou leur capacité d'empathie à travers des jeux de rôle.

### INTERVENIR AUPRÈS DES PARENTS ET DES ENFANTS

Dans le cadre de notre programme H2M, nous avons proposé des interventions auprès de 200 enfants consistant à augmenter leurs capacités en inhibition et en traitement de l'information sociale. Pour autant, l'enfant, surtout en bas âge, ne parvient pas toujours à

transposer ce qu'il a appris dans ce contexte aux situations beaucoup plus variées qu'il rencontre dans la vie quotidienne.

Quant aux programmes destinés aux parents, ils visent à renforcer le sentiment de compétence parentale, souvent mis à mal par l'opposition et les provocations de l'enfant, et à améliorer leur capacité à lui apporter une réponse éducative consistante et positive (*lire l'encadré ci-dessus*). Gros avantage, le bénéfice se prolonge après la fin de l'opération grâce aux changements constructifs qui s'opèrent chez les parents. Toutefois, il s'agit de solutions nécessitant beaucoup de temps, dont le rapport coût/bénéfice n'est pas toujours évident à montrer.

Idéalement, il faudrait combiner les deux types d'interventions pour obtenir les meilleurs résultats. Mais ce n'est pas toujours possible. Dans certaines familles, des enfants très opposants se montrent réfractaires à toute prise en charge. Dans d'autres, ce sont les parents qui n'ont ni l'envie, ni le courage ou encore la possibilité de s'investir. La bonne nouvelle est que même un seul type d'intervention résulte en une amélioration significative des comportements de l'enfant et de sa capacité à s'ajuster à son cadre familial et scolaire. ●

### Bibliographie

*Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Inserm, 2005. [www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/60](http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/60)

**I. Roskam, S. Galdiolo, J.C. Meunier, et M. Stiévenart,** *Psychologie de la parentalité. Modèles théoriques et concepts fondamentaux*, de Boeck, 2015.

**I. Roskam,** *Mon enfant est insupportable*, Mardaga, 2013.

**I. Roskam,** *Le Jeune enfant difficile. Évaluation, développement et facteurs de risque*, Mardaga, 2012.