Document généré le 12 juil. 2025 07:36

Développement Humain, Handicap et Changement Social
Human Development, Disability, and Social Change

Résilience et trouble de comportement chez l'enfant : propositions d'interventions en soutien à la résilience de l'enfant ayant un trouble du comportement

Marie Josée Levert et Hélène Lefebvre

Volume 19, numéro 1, avril 2011

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1087266ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1087266ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)
2562-6574 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Levert, M. & Lefebvre, H. (2011). Résilience et trouble de comportement chez l'enfant : propositions d'interventions en soutien à la résilience de l'enfant ayant un trouble du comportement. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, *19*(1), 69–74. https://doi.org/10.7202/1087266ar

Résumé de l'article

Alors que la plupart des enfants grandissent harmonieusement, plusieurs autres souffrent à un moment ou à un autre de leur développement d'un problème de santé mentale qui affecte leur sentiment subjectif de bien-être, leurs relations et leur adaptation sociale. Dans la plupart des pays développés, ces enfants ont heureusement accès à des traitements psychothérapeutiques qui se révèlent être globalement efficaces et rentables.

Une étude a exploré en profondeur les facteurs qui contribuent à l'évolution d'un enfant souffrant de troubles graves du comportement et d'angoisses liées à la séparation, suivi en psychothérapie individuelle. Un devis qualitatif, multidimensionnel et longitudinal d'étude de cas unique a permis d'aborder l'objet d'étude selon différentes perspectives : enfant, mère et thérapeute.

Les résultats montrent qu'en un peu plus d'une année, des changements remarquables sont survenus. D'abord, la dépendance pathologique de l'enfant envers sa mère s'est rapprochée de la dépendance normale de tout enfant envers ses parents. De plus, on constate le développement d'une meilleure capacité de l'enfant à s'approprier et à gérer son agressivité et ses angoisses. Ces changements sont survenus en interdépendance avec l'apparition d'une meilleure capacité de la mère à aider son enfant à faire face à ses difficultés.

Les résultats de cette étude permettent de dégager certaines caractéristiques d'une intervention qui soutient l'évolution résiliente de l'enfant et qui se construit dans la relation entre l'enfant, sa mère, sa thérapeute et son environnement.

Tous droits réservés © Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2011

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Revue Développement humain, handicap et changement social, 2011, **(19)**, 1, p. 69-74.
Journal of Human Development, Disability, and Social Change

Résilience et trouble de comportement chez l'enfant : Propositions d'interventions en soutien à la résilience de l'enfant ayant un trouble du comportement

MARIE JOSÉE LEVERT[1], **HÉLÈNE LEFEBVRE** [1-2]

[1] Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, [2] Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Article original • Original Article

Résumé

Alors que la plupart des enfants grandissent harmonieusement, plusieurs autres souffrent à un moment ou à un autre de leur développement d'un problème de santé mentale qui affecte leur sentiment subjectif de bien-être, leurs relations et leur adaptation sociale. Dans la plupart des pays développés, ces enfants ont heureusement accès à des traitements psychothérapeutiques qui se révèlent être globalement efficaces et rentables.

Une étude a exploré en profondeur les facteurs qui contribuent à l'évolution d'un enfant souffrant de troubles graves du comportement et d'angoisses liées à la séparation, suivi en psychothérapie individuelle. Un devis qualitatif, multidimensionnel et longitudinal d'étude de cas unique a permis d'aborder l'objet d'étude selon différentes perspectives : enfant, mère et thérapeute.

Les résultats montrent qu'en un peu plus d'une année, des changements remarquables sont survenus. D'abord, la dépendance pathologique de l'enfant envers sa mère s'est rapprochée de la dépendance normale de tout enfant envers ses parents. De plus, on constate le développement d'une meilleure capacité de l'enfant à s'approprier et à gérer son agressivité et ses angoisses. Ces changements sont survenus en interdépendance avec l'apparition d'une meilleure capacité de la mère à aider son enfant à faire face à ses difficultés.

Les résultats de cette étude permettent de dégager certaines caractéristiques d'une intervention qui soutient l'évolution résiliente de l'enfant et qui se construit dans la relation entre l'enfant, sa mère, sa thérapeute et son environnement.

Mots-clés : Résilience, intervention, enfant ayant un trouble de comportement

Introduction

Au Canada, la plupart des enfants se développent harmonieusement (Institut canadien de la santé infantile, 2000; Santé Canada, 1999). Malheureusement, ce n'est pas le cas de 10 % d'entre eux qui vivent un problème de santé mentale entre l'âge de quatre et onze ans (Fédération mondiale pour la santé mentale, 2003; Institut canadien de la santé infantile, 2000). En plus de la souffrance de l'enfant, qui peut être criante ou encore silencieuse, la psychopathologie a des effets dommageables sur son fonctionnement psychosocial, ses relations familiales et sociales, son adaptation et son intégration scolaire (Fédération mondiale pour la santé mentale, 2003; Institut canadien de la santé infantile, 2000). Les plus récentes données scientifiques tendent à montrer que ces difficultés ne disparaissent pas avec le temps, mais au contraire que la souffrance de l'enfant et son expression symptomatique se consolident et risquent même de s'aggraver lors du passage à l'adolescence et à l'âge adulte (Bailly et al., 2002; Institut canadien de la santé infantile, 2000; Target et Fonagy, 1996). Le pronostic défavorable quant à l'évolution naturelle des psychopathologies infantiles, conjugué à leur taux de prévalence élevé, en fait un problème de santé publique majeur (Bailly et al., 2002; Institut canadien de la santé infantile, 2000; Organisation mondiale de la santé, 2003). Il est donc essentiel de développer des modèles de compréhension, des outils et des interventions efficaces afin de venir en aide aux enfants souffrant de psychopathologies variées ainsi qu'à leur famille.

Cette réflexion sur la résilience des enfants émerge d'une recherche qui a exploré en profondeur les facteurs qui contribuent à l'évolution d'un enfant souffrant de troubles graves du comportement et d'angoisses liées à la séparation (Levert, 2011). Un devis qualitatif, multidimensionnel et longitudinal d'étude de cas unique a permis d'aborder l'objet d'étude selon différentes perspectives : l'enfant, sa mère et la psychologue de l'enfant. Le fonctionnement de l'enfant a été évalué à deux reprises, à quinze mois d'intervalle. Des changements observés au cours de cette période s'est dégagé un modèle de compréhension des troubles du comportement chez l'enfant qui permet de formuler certaines pistes d'intervention en soutien à la résilience.

Le cas de Daniel

Au moment de notre première rencontre, Daniel[1] a huit ans. C'est un grand garçon, au corps massif et imposant, et au visage grave. Daniel est enfant unique et habite seul avec sa mère dans un petit logement d'un quartier défavorisé du Grand Montréal. Son père est absent depuis sa naissance et le couple mère-enfant se trouve plutôt isolé socialement. Très tôt dans son développement, l'impulsivité et l'agressivité de Daniel nuisent à son intégration alors qu'il est rejeté par ses pairs qui craignent sa violence et fréquemment puni par les éducateurs. À son l'entrée à l'école de l'enfant, ses difficultés s'accentuent : aux débordements destructeurs et agressifs (lancer et briser des objets, mordre, frapper) s'ajoutent des limitations aux plans de l'attention et de la concentration, qui se manifestent entre autres par une attitude dérangeante en classe (il s'agite, interrompt l'enseignante…), et qui nuisent à son apprentissage. À la suite d'une évaluation psychiatrique, une thérapie pharmacologique et un traitement psychothérapeutique sont amorcés. Daniel est transféré dans un milieu scolaire spécialisé pour enfants ayant des troubles psychopathologiques. Un an plus tard, les agirs agressifs sont toujours présents et après un débordement particulièrement violent survenu à l'école, Daniel est hospitalisé dans un établissement pédopsychiatrique pour un peu plus d'une semaine.

L'analyse des données recueillies auprès de l'enfant, de sa mère et de sa psychologue après quinze mois a montré l'évolution remarquable de certains aspects du fonctionnement de l'enfant. Ces changements concernaient notamment une meilleure capacité de l'enfant à prendre possession et à contrôler sa destructi-

[1] Le nom de l'enfant a été modifié afin de préserver l'anonymat. De plus, certains détails de l'anamnèse susceptibles de favoriser l'identification de l'enfant et de sa famille ont été « déguisés » (Gabbard, 2000).

vité. Par ailleurs, il s'est dégagé de la relation mère-enfant une meilleure capacité de la mère à aider son enfant à contenir sa destructivité, alors que cette capacité faisait initialement défaut chez elle puisqu'elle répondait le plus souvent à l'agressivité de son fils par des agirs violents ou par le retrait de la relation. Enfin, sur le plan symptomatique, nous avons vu la quasi-disparition des agirs agressifs et destructeurs de Daniel, ce qui lui a permis de reprendre sa scolarité dans un établissement d'enseignement classique.

Modèle de compréhension des troubles de comportement chez l'enfant

Selon le modèle proposé par le pédiatre et psychanalyste Winnicott (1956a), les changements observés impliquent pour l'enfant d'avoir fait l'expérience d'une relation intersubjective lui permettant d'éprouver la constance, la fiabilité et la contenance de l'environnement.

Soulignons que le développement de l'autonomie psychique de l'enfant (notamment le développement d'une capacité autonome à contrôler son agressivité) est un processus qui se joue d'abord dans une relation intersubjective de dépendance de l'enfant à l'objet primaire (c'est-à-dire, la personne qui donne les soins primaires : la mère, le père, ou toute autre personne significative dans la vie de l'enfant). Cette relation de dépendance est semblable à celle qui concerne le développement physique : l'enfant a d'abord besoin de l'autre pour subvenir à son alimentation, sa sécurité et sa santé pour, progressivement, s'approprier ces fonctions et y subvenir par lui-même, de manière autonome. Le développement de l'autonomie psychique implique lui aussi le travail de la mère ou du père, travail que l'enfant intériorisera peu à peu en lui pour devenir progressivement plus autonome psychiquement. Ceci implique que l'environnement soit apte à aider, de manière « suffisante » l'enfant à pallier l'immaturité de son appareil psychique. Dans le cas de Daniel, les difficultés de l'enfant touchaient à la capacité de l'environnement d'aider Daniel à s'approprier et à gérer son agressivité d'une manière socialement acceptable.

Un moteur essentiel des changements observés dans le cas de Daniel nous semble relever de l'enfant lui-même, de ses *caractéristiques*. En effet, un élément majeur de la résilience de l'enfant relève dans l'*espoir* de l'enfant de trouver dans l'environnement une relation interpersonnelle *suffisamment bonne* pour résister à ses comportements destructeurs de manière à lui « prêter » les fonctions de son appareil psychique (capacité de contenance) pour qu'il puisse peu à peu se les approprier et devenir autonome dans la gestion de son agressivité.

Un autre aspect marquant des changements observés relève du *courage* de l'enfant à aller vers l'environnement, plutôt que de se renfermer en lui-même et d'éviter les relations qui risquent d'être défaillantes dans leur réponse à la demande adressée par l'enfant. En d'autres mots, malgré les échecs relationnels vécus, Daniel a persisté à *aller vers* l'environnement et à entrer en relation avec lui pour tenter d'y rencontrer une personne susceptible de l'aider à contenir sa violence, à la tolérer pour l'aider se l'approprier et à la contrôler.

Cette recherche active et ce grand besoin de l'enfant d'être contenu et d'être compris de l'environnement nous semblent avoir une valeur intrinsèquement communicative. En ce sens, le désir de l'enfant d'entrer en relation et de *communiquer* avec l'objet pour être contenu par lui constitue à notre avis le moteur des changements que nous avons observés.

Ce phénomène intersubjectif rappelle la *tendance antisociale* telle que proposée par Winnicott (1956b) et qui implique paradoxalement une demande adressée par l'enfant (être aidé, être entendu) dans un comportement antisocial (mensonges, vols, opposition, impulsivité, agression, tyrannie, destructivité, etc.). Selon Winnicott (1956b), l'enfant recherche par ce comportement un objet qui saura lui donner ce qu'il lui a manqué. Comme le soulignent avec justesse Casoni et Brunet (2003) à ce propos :
« Malgré la privation dont il souffre et qui est associée à une incapacité du milieu familial à répondre à ses besoins psychologiques, l'enfant conserve l'espoir d'être vu, entendu et pris en charge adéquatement. (p.59) »

Ce modèle de compréhension du trouble de comportement de l'enfant est généralement opposé à celui qui prévaut actuellement et où l'agressivité de l'enfant est vue comme un symptôme qu'il faut faire « disparaître ». En effet, dans les dernières décennies, nous avons assisté à l'implantation d'une offre de soins et services pédopsychiatriques ultraspécialisés, organisés en fonction de catégories symptomatiques précises pour lesquelles des modalités de traitement prédéfinies et standardisées sont d'emblée prescrites (Laperrière, 1999). Les traitements cognitifs et comportementaux s'imposent, alors que les modalités thérapeutiques privilégiées concernent la suppression des symptômes pour ramener le fonctionnement de l'enfant (ou de l'adulte) dans le champ de la normalité. Le danger avec une telle approche est que le trouble du comportement soit vu comme une chose en soi, comme l'élément problématique qu'il faut supprimer et que la demande adressée par l'enfant ne soit pas comprise et répondue. Mais encore, la disparition du symptôme risque d'appauvrir l'enfant en le coupant d'une part de sa richesse intérieure, plutôt que de l'aider à se l'approprier.

Propositions d'interventions en soutien à la résilience de l'enfant ayant un trouble du comportement

Les écrits scientifiques présentent plusieurs définitions de la résilience et celles-ci ne font pas consensus au sein de la communauté scientifique. Richardson (2002), qui s'est penché sur cette question a identifié trois courants qui abordent respectivement la résilience sous l'angle 1) des *caractéristiques* de la personne; 2) du *processus* qui culmine en un retour à l'équilibre avec un gain significatif; 3) d'une forme motivationnelle interne qui tend vers l'actualisation de soi et l'harmonie et qui permet à l'individu de transformer l'adversité en une opportunité de croissance personnelle. Concernant plus particulièrement les caractéristiques de la personne, Gillespie, Chaboyer et Wallis (2007) relèvent l'espoir, le *coping* et le sentiment d'autoefficacité, qui nous rappellent ce que nous avons identifié comme moteur de l'évolution de Daniel, soit l'espoir et le courage de l'enfant.

À l'instar de ces éléments de définition et à la lumière des résultats issus du cas de Daniel, nous croyons que la résilience relève de l'interaction entre les caractéristiques personnelles et de celles de l'environnement. En effet, il s'est dégagé de cas de Daniel que la résilience de l'enfant ayant un trouble du comportement est avant tout un processus *relationnel*, où l'enfant demande à l'environnement de l'aider et de lui « apprendre » à gérer son agressivité et où l'environnement est susceptible de répondre de différentes manières à cette demande.

Mais comment aide-t-on l'enfant à s'approprier cette capacité à gérer ses mouvements agressifs? Nous avons vu qu'il s'agit dans un premier temps de permettre à l'enfant d'utiliser notre propre capacité à gérer l'agressivité (à *contenir*) afin que, graduellement, il puisse la faire sienne pour devenir autonome. Cette capacité de contenance se manifeste notamment, pour Winnicott (1951) dans le fait de « survivre » aux attaques agressives de l'enfant. Survivre, signifie de demeurer qualitativement le même, dans son attitude et dans son lien à l'enfant (Winnicott, 1951). L'environnement ne doit pas exercer de représailles et ne doit pas se retirer de la relation. Cependant, ceci ne signifie pas qu'il n'est pas atteint par les affects de l'enfant, qu'il reste insensible et distant. Au contraire, la sensibilité de l'environnement qui accueille la frustration et la colère de l'enfant est une condition essentielle. L'objet doit « accuser le coup » (Roussillon, 2007), être atteint. Ceci implique que l'environnement soit transformé du fait de l'expérience, qu'il y réagisse. Pour illustrer ce propos, Roussillon (2007) emploie la métaphore d'un coup de poing dans la pâte à modeler : celle-ci résiste, mais elle est aussi touchée, elle se transforme. Si l'environnement doit être « atteint », être touché par la destructivité de l'enfant, il doit aussi demeurer « créatif » (Roussillon, 2007, 2009). Pour Roussillon (Roussillon, 2007, 2009), c'est ainsi que l'environnement le fait qu'il est toujours vivant, qu'il a résisté à la destructivité de l'enfant et qu'il demeure présent pour lui.

En d'autres mots, l'intervention en soutien à la résilience de l'enfant ayant un trouble du comportement consiste en premier lieu en une sensibilité de l'environnement qui reconnaît l'agressivité de l'enfant et sa visée communicative où l'enfant requiert qu'on l'écoute et qu'on l'aide à développer cette capacité à contrôler sa destructivité. L'environnement est vulnérable à cette agressivité, mais il n'y répond pas dans un mouvement de représailles violentes (sur les plans physique, comportemental et verbal) et ne se retire pas de la relation. Au contraire, il continue à être vivant et créatif en assurant la sécurité de l'enfant et en lui proposant des sens possibles aux gestes posés. Sur ce point, il faut souligner que ce n'est pas tant la justesse ou la « vérité » du sens proposé à l'enfant, mais bien davantage le fait que l'enfant sente qu'il est entendu et compris dans sa demande relationnelle. Il s'agit de lui transmettre un message d'espoir : « Je t'ai entendu et compris. Je me soucie de te toi. Tu en vaux la peine. » Il s'agit de valoriser et de soutenir le potentiel de l'enfant, en misant sur ses forces et sa capacité de résilience, plutôt que sur ses difficultés, de manière à ce qu'il puisse développer son sentiment d'auto-efficacité et modifier positivement sa vie.

Conclusion

La contribution de cette réflexion sur la résilience de l'enfant se situe dans le modèle de compréhension du trouble de comportement de l'enfant proposé qui permet aux interventions décrites, et généralement reconnues dans le milieu de l'éducation et de la réadaptation, de prendre tout leur sens. La résilience est avant tout un processus relationnel, intersubjectif, et c'est dans la relation avec l'environnement que l'enfant est en mesure de dépasser ses difficultés. Pour terminer, soulignons que les idées proposées par Winnicott nous semblent plus que jamais d'actualité. À l'ère de l'objectivité et de la quantification, trop peu d'auteurs insistent sur l'intersubjectivité. Cette compréhension quant au rôle de l'environnement dans le processus de résilience de l'enfant nous semble non seulement cliniquement utile, mais aussi *humainement* incontournable.

Références

BAILLY, D., BOUVARD, M., CASADEBAIG, F., CORCOS, M. C., FOMBONNE, É., GORWOOD, P., ET AL. (2002). *Troubles mentaux: Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: INSERM.

CASONI, D., ET BRUNET, L. (2003). *La psychocriminologie. Apports psychanalytiques et applications cliniques.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

FÉDÉRATION MONDIALE POUR LA SANTÉ MENTALE. (2003). *Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents*. Alexandria, VA: World Federation for Mental Health.

GABBARD, G. O. (2000). Disguise or Consent. Problems and Recommendations Concerning the Publication and Presentation of Clinical Material. *International Journal of Psychoanalysis, 81*, 1070-1086.

GILLESPIE, B. M., CHABOYER, W., ET WALLIS, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse, 25*(1-2), 124-135.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. (2000). *La santé des enfants du Canada.* (3ème^{e} éd.). Ottawa: ICSI.

LAPERRIÈRE, R. (1999). Le malaise de l'imposteur. *Filigrane, 8*(2), 88-99.

LEVERT, M. J. (2011). *Évolution du fonctionnement intersubjectif et intrapsychique d'un enfant psychotique au cours d'une année de psychothérapie psychanalytique (thèse de doctorat non-publiée).* Université du Québec à Montréal, Canada.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. Genève: Department of Mental Health and Substance Dependence.

RICHARDSON, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321.

ROUSSILLON, R. (2007). La sortie hors du narcissisme primaire: le détruit-trouvé. Dans R. ROUSSILLON, C. CHABERT, A. CICCONE, A. FERRANT, N. GEORGIEFF ET P. ROMAN (Éds.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (pp. 107-122). Paris: Masson.

ROUSSILLON, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la "survivance" de l'objet. *Revue française de psychanalyse, 73*(4), 1005-1022.

SANTÉ CANADA. (1999). *Le développement sain des enfants et des jeunes. Rapport sommaire*. Ottawa: Gouvernement du Canada.

TARGET, M., ET FONAGY, P. (1996). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. Dans A. Roth & P. Fonagy (Éds.), *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp. 263-320). New York, London: The Guilford Press.

WINNICOTT, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 109-125). Paris: Payot.

WINNICOTT, D. W. (1956a). La préoccupation maternelle primaire. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 285-291). Paris: Payot.

WINNICOTT, D. W. (1956b). La tendance antisociale. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 175-184). Paris: Payot.

WINNICOTT, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot.