

Psychologie clinique

Le diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé est-il fiable ? Mise à l'épreuve d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes

*The reliability of early diagnostic of externalizing
behaviour in question? Towards a multi-informant and
multimethod strategy*

I. Roskam^{a,1,*}, M. Stiévenart^{a,2}, J.-C. Meunier^{a,3},
G. Van de Moortele^a, P. Kinoo^{b,4}, M.-C. Nassogne^{c,5}

^a Service de psychologie, institut des sciences psychologiques, université catholique de Louvain,
10, place Cardinal-Mercier, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

^b Service de psychiatrie infanto-juvénile, cliniques universitaires Saint-Luc,
10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

^c Service de neuropédiatrie, cliniques universitaires Saint-Luc, 10, avenue Hippocrate,
1200 Bruxelles, Belgique

Reçu le 30 avril 2009 ; accepté le 4 juillet 2009

Résumé

Cette contribution questionne la fiabilité du diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé chez l'enfant. Les données concernant le comportement de 118 enfants ont été collectées par questionnaires et observation auprès de leurs parents, leurs enseignants et les cliniciens lors du recrutement et après 12 mois. Les résultats montrent des variations importantes dans le nombre d'enfants atteignant un seuil clinique selon l'informateur et la méthode considérés. Une méthode combinant les évaluations des informateurs pour obtenir

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabelle.roskam@uclouvain.be (I. Roskam).

¹ Professeur.

² Doctorante.

³ Doctorant.

⁴ Docteur.

⁵ Professeur, docteur.

un diagnostic valide est éprouvée. Les résultats plaident en faveur d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes dont les implications sont discutées sur le plan clinique et de la recherche.

© 2009 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Troubles de comportement ; Évaluation ; Informateurs ; Méthodes ; Fiabilité, fidélité

Abstract

Present study puts the reliability of early diagnostic of externalizing behavior in question. Data was provided with questionnaires and observation on 118 preschoolers when recruited and 12 months later by their parents, their teachers and clinicians. The results showed variations in prevalence rates according to the informant or the method employed. A method allowing for combining data from several informants was computed in order to display a valid diagnostic. The results imply the need for a multi-informant and multimethod assessment of preschoolers' disruptive behavior. The implications of our findings for both clinical and research purposes are discussed.

© 2009 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Disruptive behavior; Assessment; Informants; Methods; Reliability

1. Introduction

Les difficultés de comportement externalisé (voir Roskam et al., 2007 pour une approche développementale de ces difficultés) sont un motif de consultation récurrent auprès des services de santé mentale, des pédiatres, des neuropédiatres et des pédopsychiatres (Hinshaw et Anderson, 1996). Des auteurs rapportent que 25 à 40 % des enfants en âge d'école maternelle présenteraient ce type de difficulté parmi lesquels 7 à 15 % à des degrés modérés à sévères (Douglas, 1998 ; Palfrey et al., 1985 ; Richman et al., 1982). Les études épidémiologiques sont cependant rares avant l'âge de sept ans dans la mesure où les diagnostics plus spécifiques liés aux difficultés de comportement externalisé, tels que le troubles déficitaire de l'attention avec hyperactivité ou le trouble des conduites, ne sont pas posés avant cet âge. Les critères et les populations sur lesquelles se fondent les taux de prévalence des difficultés de comportement externalisé sont donc variables.

Étant donnée sa fréquence, le diagnostic des difficultés de comportement externalisé chez le jeune enfant constitue bien un objectif de première importance pour nos pratiques cliniques afin de pouvoir repérer les enfants pour lesquels une prise en charge précoce serait indiquée. En effet, des résultats d'études antérieures ont montré que ces difficultés tendent à persister dans l'enfance et l'adolescence avec des risques particuliers en matière de difficultés scolaires, d'insertion sociale auprès des pairs et de troubles dépressifs (Owens et Shaw, 2003 ; Patterson et al., 1989 ; Richman et al., 1982).

Ces dernières années, la question du diagnostic précoce a suscité un réel intérêt et fait débat parmi les scientifiques et les cliniciens comme en témoigne par exemple, le rapport de l'Inserm sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent (<http://ist.inserm.fr/basisrapports/trouble-conduites.html>) ainsi que les multiples réactions qu'il a suscitées. L'objectif de ce diagnostic précoce n'est en aucun cas de poser sur les enfants une sorte d'étiquetage qui les confinerait pour de nombreuses années dans une catégorie d'« enfants-problème » ni même de procéder à une sorte de dépistage systématique des troubles de comportement chez les enfants en bas âge sous le prétexte que ces derniers pourraient, des années plus tard, adopter des conduites préjudiciables à l'égard de la société. L'objectif d'un diagnostic précoce ne peut être mené que dans le cadre

explicite d'une demande d'aide de la part des parents et afin de déterminer les enfants pour lesquels une aide précoce serait indiquée. Celle-ci viserait à soutenir l'insertion sociale et les apprentissages scolaires de ces enfants, à court ou moyen terme.

Dans cette optique, l'utilisation du concept de « troubles externalisés » présente un réel intérêt. Proposé par [Achenbach et Rescorla \(2000\)](#) pour désigner les comportements dits difficiles, désignés de multiples manières dans la littérature et par les cliniciens (entre autres, conduites antisociales, agressivité, agitation, comportement oppositionnel), son utilisation est indépendante des classifications et des nosographies existantes telles que le DSM-IV (1996). Cette indépendance est particulièrement importante pour les enfants de moins de sept ans, généralement considérés comme trop jeunes pour être diagnostiqués sur la base de syndromes (tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble oppositionnel ou le trouble des conduites) mais nécessitant une évaluation précoce de leur comportement en raison de la plainte émanant des parents et/ou du milieu scolaire.

Cette contribution a pour objectif de questionner la fiabilité du diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé posé sur la base de différents instruments et d'informations provenant de divers informateurs (les parents, les enseignants et les cliniciens). Elle vise également à éprouver la validité d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes permettant de tenir compte de la variabilité observée entre instruments et informateurs.

1.1. La fiabilité du diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé en question

Toute démarche diagnostique repose sur l'évaluation de la présence de symptômes. Dans le cas des troubles externalisés, cette démarche conduit à mettre en évidence des comportements d'agitation, d'opposition, ou d'agressivité chez l'enfant. Ces comportements, naturellement présents chez tous les enfants, doivent s'exprimer de manière particulièrement intense et fréquente pour qu'un enfant soit identifié comme pouvant nécessiter une aide précoce. À cette fin, les instruments standardisés, basés sur des mesures hétéro-rapportées (par les parents ou les enseignants) ou sur des paradigmes d'observation, fournissent aux cliniciens des normes de référence permettant de repérer les enfants dont l'intensité et la fréquence des comportements externalisés sont supérieures à celles mesurées chez 95 % des enfants, par exemple, pour un âge donné et selon le sexe (selon un seuil clinique habituellement utilisé).

La littérature antérieure questionnant la fiabilité du diagnostic rapporte des résultats forts et cohérents. Ces résultats concernent des différences systématiques entre les évaluations rapportées par les parents lors de l'évaluation du comportement de leur enfant et celles provenant des enseignants. Lorsque les parents sont amenés à évaluer les difficultés comportementales de leur enfant, que ce soit dans des échantillons tout-venant ou dans des échantillons cliniques, ils tendent à rapporter systématiquement plus de difficultés que ne le fait l'enseignant ([Achenbach et al., 1987](#) ; [Grietens et al., 2004](#) ; [Van der Ende et Verhulst, 2005](#) ; [Winsler et Wallace, 2002](#)). Ces différences systématiques conduisent à des corrélations modérées à élevées entre les deux parents mais faibles à modérées entre les parents et les enseignants ([Achenbach et al., 1987](#) ; [De Los Reyes et Kazdin, 2005](#) ; [Gross et al., 2004](#)). Contrairement à la variabilité observée entre les informations provenant de parents et d'enseignants qui fut bien documentée dans les études antérieures, peu de choses sont connues, sur le plan empirique, à propos de la concordance existant entre les diagnostics reposant sur des informations fournies par des cliniciens, des parents ou des enseignants. À ce titre, [Winsler et Wallace \(2002\)](#) ont rapporté de meilleures corrélations entre les cliniciens et les enseignants qu'entre les cliniciens et les parents en raison de leur perspective professionnelle commune. En outre, des données récentes provenant de nos travaux ont, par ailleurs, indiqué que

les corrélations obtenues entre les parents et les enseignants, les parents et les cliniciens ainsi qu'entre les enseignants et les cliniciens évaluant de jeunes enfants présentant des troubles de comportement externalisé, étaient faibles ($-0,10$ à $0,34$). Les seules corrélations significatives ont été obtenues entre les enseignants et les cliniciens corroborant dès lors les résultats antérieurs de Winsler et Wallace (2002) (Roskam et al., sous presse).

La variabilité observée entre les informations provenant nécessairement soit des parents, des enseignants et/ou des cliniciens doit nous inciter à la plus grande prudence dans nos démarches diagnostiques précoces. Cette variabilité entre informateurs remet en effet en question la fiabilité du diagnostic précoce des troubles de comportement externalisé. Elle devrait à tout le moins nous conduire à ne pas nous satisfaire, comme c'est souvent le cas dans nos consultations ou nos travaux de recherche, d'une unique source d'information, le plus souvent la mère, à propos des difficultés comportementales de l'enfant. Les contraintes de temps ou les impératifs financiers ne devraient pas être invoqués comme les justifications d'une attitude potentiellement dangereuse et toujours réductrice. Les implications d'une telle attitude sont en effet importantes : si les troubles externalisés du comportement chez le jeune enfant n'étaient diagnostiqués qu'aux conditions d'être récurrents dans au moins deux contextes différents – la famille et le milieu scolaire en particulier – (Campbell, 1990) et d'être attestés par au moins deux informateurs interagissant avec l'enfant dans ces contextes (Wolraich et al., 2004), la fréquence annoncée des troubles de comportement chez les jeunes enfants diminuerait, pour passer de 25 à 40 % – telle qu'habituellement annoncée – à 2,5 % (Gross et al., 2004 ; Palfrey et al., 1985). Il s'agit concrètement d'éviter l'identification de faux-positifs – c'est-à-dire d'enfant diagnostiqués à tort – et d'améliorer notre compétence à identifier les enfants pour lesquels une prise en charge thérapeutique précoce serait nécessaire (Chi et Hinshaw, 2002). À ce titre, l'utilisation de données fournies par plusieurs informateurs et reposant sur différentes méthodes d'observation, apparaît comme la solution la plus adéquate pour nous prémunir des dangers d'une évaluation réductrice. Toutefois, le recours à plusieurs informateurs et à plusieurs méthodes fournit souvent des données discordantes amenant la confusion. Dans ce cas, les cliniciens responsables du processus d'évaluation ont soit à choisir arbitrairement un informateur ou une méthode parmi d'autres afin de trancher, soit à envisager des pistes diverses menant à des conclusions parfois contraires sur le plan du diagnostic. Des solutions méthodologiques et statistiques doivent donc être proposées et mises à l'épreuve afin d'améliorer notre démarche diagnostique.

1.2. Vers une procédure multi-informateurs et multiméthodes

Kraemer et al. (2003) ont récemment proposé une procédure permettant de tenir compte de la variabilité observée entre instruments (questionnaires, paradigmes d'observation) et informateurs. Cette procédure propose de combiner les évaluations de différents informateurs en évitant de considérer que la variabilité observée entre eux résulte d'erreurs de mesure à éliminer. Elle voit les discordances entre informateurs et méthodes comme la conséquence du fait même de combiner plusieurs sources d'information (Perren et al., 2006). Ainsi, elle permet de ne pas avoir à privilégier l'un ou l'autre informateur au détriment des autres (ce qui supposerait que le clinicien puisse déterminer qui a raison et qui a tort dans le regard singulier que chaque informateur porte sur l'enfant). Dans la mesure où il n'existe pas de « mesure idéale » (en anglais « *gold standard* ») du comportement de l'enfant qui soit directement accessible, le modèle de Kraemer et al. (2003) tire parti de la disponibilité de plusieurs informateurs et de plusieurs méthodes. La « mesure idéale » est représentée dans le modèle par le facteur « Trait » situé dans un espace multidimensionnel où sont présents les informateurs et les méthodes disponibles. Chacun d'eux

tend vers le facteur « Trait » avec une certaine précision mais aucun cependant avec une validité parfaite. L'addition de sources d'information complémentaires est considérée comme une solution parce que chacune corrige, dans une certaine mesure, le manque de validité des autres. La sélection optimale des sources d'information ne repose dès lors pas sur leur nombre mais sur la façon dont elles ont été sélectionnées. L'absence de corrélations (absence de colinéarité) entre les sources d'information, considérée jusque-là comme problématique, devient dans la procédure de Kraemer et al. (2003) un critère de sélection important. Il permet en effet de maximiser l'orthogonalité entre les dimensions. Trois dimensions ont été définies par les auteurs dans leur modèle mathématique.

Le modèle mathématique de Kraemer et al. (2003) est représenté par $I = T + C + P + E$ dans lequel I est l'information apportée par une source d'information donnée, T est la dimension « Trait » représentant la variable devant être mesurée et qui diffère entre les sources d'information, C est la dimension de « Contexte » représentant les facteurs qui influencent la manière dont les sujets observés expriment T, P est la dimension « Perspective » relative aux caractéristiques de la source d'information susceptibles d'influencer l'évaluation qu'ils font de T et E est l'erreur de mesure. Selon ce modèle, les corrélations entre les sources d'information seront élevées si elles partagent un même contexte et une même perspective d'évaluation comme c'est notamment le cas des mères et des pères. Elles seront au contraire basses entre un clinicien évaluant l'enfant dans un laboratoire à partir d'un paradigme d'observation et un parent complétant un questionnaire portant sur des comportements généraux.

La procédure proposée par Kraemer et al. (2003) repose sur plusieurs étapes :

- l'identification de la variable Trait (par exemple, le comportement externalisé de l'enfant) ;
- la définition de contextes et de perspectives pertinents en vue de la sélection de plusieurs sources d'information susceptibles de fournir une évaluation relativement valide et fiable du Trait (par exemple, maison versus école pour les contextes pertinents et parent versus non parents pour les perspectives pertinentes) avec un nombre minimal de sources correspondant à $C + P - 1$ (par exemple, [maison versus école] + [parent versus non parent] - 1 = 3) ;
- la collecte de données auprès des différentes sources ;
- la réalisation d'une analyse factorielle en composantes principales tenant compte du fait que les données provenant des différentes sources sont une combinaison linéaire de variables orthogonales latentes T, C et P.

Cette procédure permet de considérer T comme une « mesure idéale » de la variable-cible (par exemple, le comportement externalisé de l'enfant) telle que débarrassée de l'influence liée aux contextes et aux perspectives d'évaluation.

Les deux parents restent des informateurs incontournables dans la démarche diagnostique auprès de jeunes enfants. À leurs côtés, l'enseignant apporte des éléments évaluatifs essentiels dans la mesure où il côtoie l'enfant pendant de longues périodes et l'observe dans des situations variées. Le clinicien est également largement impliqué dans l'évaluation comportementale. Toutefois, son implication est peu documentée dans la littérature empirique. Plusieurs éléments méthodologiques pourraient expliquer cet état de fait. Le plus important est sans doute que l'implication systématique des cliniciens nécessite le recours à des paradigmes d'observation souvent coûteux en temps. Il leur est en effet impossible de compléter des questionnaires nécessitant l'observation de l'enfant dans des situations variées de la vie quotidienne tels qu'ils sont aisément proposés aux parents et aux enseignants.

2. Méthode

2.1. Échantillon et procédure

La présente contribution s'inscrit dans une vaste étude longitudinale portant sur les troubles du comportement externalisé chez le jeune enfant (voir le site <http://www.uclouvain.be/h2m-children.html> pour une vision générale du programme de recherche «*H2M Children*»).

Les données ont été récoltées dans un échantillon de 118 enfants, leurs parents, leurs enseignants et les cliniciens auprès desquels ils sont venus consulter. Tous les enfants ont été recrutés dans des services de pédiatrie ou de psychiatrie infanto-juvénile, en particulier aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Le motif exclusif de consultation consistait en des difficultés de comportement de type externalisé (agitation, opposition, agressivité, désobéissance). Les garçons sont au nombre de 92 et les filles, 26. L'âge des enfants varie entre deux ans, sept mois et sept ans ($M = 4$ ans, 2 mois, $sd = 11,48$ mois). Au moment de la première consultation, tous les enfants fréquentaient l'enseignement ordinaire en Communauté française de Belgique : 47 étaient en première maternelle, 39 en deuxième et 31 en troisième. La plupart des parents vivaient en couple (75,1 %), les autres vivaient séparément. Soixante-quinze pour cent des enfants avaient des frères et sœurs. Le nombre d'enfants dans la fratrie variait entre 1 et 9 (25 % d'enfants unique, 38 % de fratries de deux enfants, 24 % de fratries de trois enfants, 10 % de fratries de quatre enfants et 3 % de fratries comptant entre cinq et neuf enfants). Quarante-neuf pour cent des enfants étaient les aînés de leur fratrie, 30 % les deuxièmes, 15 % les troisièmes et 6 % les quatrièmes ou au-delà.

Concernant le niveau de scolarisation des mères, 35 % comptaient un maximum de 12 années, soit un niveau d'études secondaires, 49 % avaient fait des études supérieures et 16 % avaient un diplôme universitaire. Concernant le niveau de scolarisation des pères, 36 % comptaient un maximum de 12 années, soit un niveau d'études secondaires, 42 % avaient fait des études supérieures et 22 % avaient un diplôme universitaire.

Trois assistants de recherche, tous licenciés en sciences psychologiques et comptant entre une et dix années d'expérience, ont été impliqués dans la récolte des données et entraînés à l'utilisation standardisée de la procédure de récolte des données. Au moment de la première consultation (Temps 1/T1) et moyennant l'accord des parents, les enfants ont été évalués par un clinicien dans un local isolé. Les parents ont été reçus en entretien par un clinicien dans un autre local et ils ont été amenés à compléter – ensemble lorsqu'ils consultaient en couple – des questionnaires. Tous les enfants ont, par ailleurs, reçu la visite d'un clinicien à l'école. À cette occasion, un entretien avec l'enseignant a été conduit et l'enseignant a également complété des questionnaires. Au temps 1, 109 mères (92 % de l'échantillon), 93 pères (79 % de l'échantillon) et 90 enseignants (76 % de l'échantillon) ont participé à la récolte des données. La même procédure a été suivie 12 mois plus tard (Temps 2/T2) ($n = 87$; 74 % de l'échantillon de départ). Au temps 2, 79 mères (91 % de l'échantillon), 64 pères (73 % de l'échantillon) et 73 enseignants (84 % de l'échantillon) ont participé à la récolte des données.

2.2. Mesure du comportement de l'enfant

Le comportement de l'enfant a été mesuré au moyen de plusieurs types d'instruments complétés par les parents, les enseignants et les cliniciens. Leur choix répond à une volonté de baser l'évaluation des troubles de comportement externalisé chez les enfants sur des instruments portant, d'une part, sur des comportements variés représentatifs des jeunes enfants dans des situations de la vie quotidienne et, d'autre part, sur des instruments portant exclusivement sur des

symptômes psychopathologiques associés aux troubles externalisés. Le choix de ces instruments répond également à la nécessité de varier les modes d'évaluation en fonction des informateurs. En effet, les cliniciens n'étant pas à même d'évaluer le comportement de l'enfant dans son quotidien, la nécessité de recourir à des mises en situation et à des techniques d'observation s'est imposée.

Le premier questionnaire a été complété par les parents et les enseignants : le profil socio-affectif (PSA, Dumas et al., 1997). Il comporte 80 items auxquels l'informateur doit répondre en termes d'intensité et de fréquence sur une échelle à six points allant de « jamais » à « toujours » (exemples d'items : « Exprime du plaisir à accomplir des choses », « Rit facilement », « Les enfants viennent le chercher pour jouer »). Le PSA est une mesure de l'adaptation générale des enfants, un score élevé reflétant une bonne adaptation comportementale. La version francophone du PSA, que nous avons utilisée dans notre étude, a été validée en 1988, 1989 et 1990 auprès de 979 enfants québécois et en 1994 et 1995 auprès de 800 enfants français. Elle a démontré de très bonnes qualités psychométriques. Dans notre échantillon, les indices de consistance interne (Cronbach's alpha [α]) s'élevaient à 0,88 pour les parents et à 0,84 pour les enseignants. Le choix du PSA s'est imposé en raison de ses qualités psychométriques, mais également en raison de sa pertinence pour les tous jeunes enfants. Le PSA se présente en effet sous la forme d'une *checklist* de comportements représentatifs des enfants âgés de deux à six ans. Ce type d'instrument est utilisé de manière très fréquente dans les études empiriques, le plus répandu étant la *Child Behavior Checklist* (CBCL) d'Achenbach (1991). Le CBCL ne s'adresse cependant qu'aux enfants âgés de plus de quatre ans et convient aux enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, ce qui le rend peu spécifique à une période de développement donnée.

Un deuxième questionnaire a été utilisé auprès des parents et des enseignants : le *SNAP IV* (Swanson et al., 1992). Ce questionnaire mesure la présence des symptômes liés au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et au trouble oppositionnel tels qu'ils sont listés dans le DSM IV (APA, 1996). Il comporte 23 items auxquels l'informateur doit répondre en termes d'intensité et de fréquence sur une échelle à quatre points allant de « pas du tout » à « tout-à-fait » (exemples d'items : « Éprouve des difficultés à rester attentif dans ses tâches ou ses jeux », « Remue sans cesse les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège », « Éprouve des difficultés à attendre son tour »). Le SNAP-IV est une mesure des troubles du comportement chez l'enfant, un score élevé reflétant la présence d'un syndrome. Il démontre des qualités psychométriques satisfaisantes dans sa version originale. La version francophone a été obtenue en 2005, au début du programme de recherche « *H2M Children* » sur base d'une traduction en double insu (anglais-français/français-anglais). Les indices psychométriques ont ensuite été réévalués dans notre échantillon où les indices de consistance interne (Cronbach's alpha [α]) satisfaisants s'élevaient à 0,62 pour les parents et à 0,72 pour les enseignants. Le choix du *SNAP IV* s'est imposé en raison de son utilisation fréquente dans les consultations cliniques et de sa grande proximité avec le célèbre *Conners* (1982) mais en étant plus récent.

Le comportement de l'enfant a enfin été évalué par le clinicien au moyen d'un paradigme d'observation : le *SNAP game* (Hughes et al., 2002). La version originale de ce paradigme (Murray et al., 2001) a été mise au point dans le cadre de travaux portant sur l'impuissance apprise chez des enfants de mères dépressives. Il a ensuite été utilisé dans des travaux portant sur les troubles du comportement chez l'enfant, apparaissant dans ce contexte comme une procédure d'évaluation valide et efficace auprès de jeunes enfants (Hughes et al., 2002). Une version francophone des consignes et du manuel de codage a été produite en 2005 dans le cadre du programme de recherche « *H2M Children* » en collaboration avec Hughes (*Center for Family Research, University of Cambridge*). Cette version francophone a par la suite été utilisée dans des travaux portant sur les troubles du comportement chez le jeune enfant où elle est apparue comme une procédure d'évaluation

valide et efficace auprès de jeunes enfants (Meunier et al., sous presse ; Roskam et al., sous presse). Lors de la visite dans le cadre scolaire, l'enfant-cible était invité à choisir un enfant de sa classe avec lequel il souhaitait jouer. Les deux enfants étaient alors placés face au clinicien pour participer à ce jeu de cartes compétitif. La particularité de ce paradigme est que l'ordre des cartes proposées aux enfants est truqué de sorte que chacun des enfants à son tour, est placé dans une situation de frustration. Le jeu est enregistré sur vidéo permettant le codage des comportements de l'enfant-cible pendant les 19 tours de cartes que comporte le jeu. Chacun des tours de cartes a été codé séparément par deux codeurs entraînés et indépendants. L'accord entre les deux codeurs était élevé, $r=0,94$ to $0,97$. Une variable relative au comportement adaptatif de l'enfant a été compilée à partir des interactions sociales et des affects positifs ; une autre variable relative aux aspects symptomatiques du comportement externalisé a été compilée à partir des affects négatifs, de l'agitation et de l'agressivité manifestés par l'enfant. Le choix de ce paradigme d'observation repose sur une revue de la littérature indiquant la rareté de ce type d'outil validé dans des études empiriques. En outre, le *SNAP game* présente un réel intérêt en termes d'applicabilité au contexte des consultations cliniques et de pertinence eu égard à notre population.

3. Résultats

3.1. La fiabilité du diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé

Le pourcentage d'enfants qui, selon les normes de référence fournies par les instruments d'évaluation standardisés, sont identifiés comme des enfants dont l'intensité et la fréquence des comportements externalisés sont supérieures à celles mesurées chez les enfants de même âge et de même sexe, a été calculé pour chacun des informateurs en fonction de l'instrument employé. Les pourcentages représentant la proportion d'enfants se situant à minimum 1,5 écart-type de la moyenne d'un échantillon de référence (enfants tout-venant) sont présentés dans le [Tableau 1](#).

Les différences observées à l'intérieur de ce tableau sont impressionnantes ! Le taux de prévalence varie entre 10 et 85 % pour le T1 et entre 6 et 62 % pour le T2 selon l'informateur et l'instrument utilisé. Les différences entre les informateurs utilisant la même méthode d'évaluation sont également importantes : de 6 à 12 % pour le PSA, de 33 à 75 % pour le SNAP-IV. Les comparaisons entre les différentes méthodes employées indiquent également que la prévalence est supérieure lorsqu'on utilise des instruments portant sur des symptômes psychopathologiques associés aux troubles externalisés (SNAP-IV et *SNAP game*) plutôt que sur des instruments portant sur des comportements variés représentatifs des jeunes enfants dans des situations de la vie quotidienne (PSA).

Tableau 1

Pourcentage d'enfants se situant à minimum 1,5 écart-type de la moyenne d'un échantillon de référence en fonction de l'informateur et de la méthode d'évaluation utilisée.

	PSA		SNAP IV		SNAP game	
	T1 (%)	T2 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T1 (%)	T2 (%)
Parents	10	6	75	62	–	–
Enseignants	12	8	35	33	–	–
Cliniciens	–	–	–	–	85	57

Tableau 2

Résultat de la combinaison des évaluations des différents informateurs par analyse factorielle en composantes principales.

	Trait		Perspective		Contexte	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
<i>Aspects adaptatifs du comportement</i>						
Parents	0,58	0,65	0,71	−0,61	0,38	0,44
Enseignants	0,76	0,82	−0,02	−0,01	−0,64	−0,57
Cliniciens	0,62	0,53	−0,65	0,78	0,44	0,34
Variance expliquée	43,6 %	43,18 %	31,24 %	32,69 %	25,1 %	21,12 %
<i>Aspects symptomatiques du comportement externalisé</i>						
Parents	0,10	0,41	0,98	0,89	0,14	0,20
Enseignants	0,78	0,83	−0,17	−0,05	0,59	−0,55
Cliniciens	0,79	0,76	0,05	−0,42	−0,60	0,50
Variance expliquée	42,02 %	47,77 %	33,51 %	32,34 %	24,46 %	19,88 %

3.2. Vers une procédure multi-informateurs et multiméthodes

En vue de combiner les données provenant des différentes sources d'information, la procédure proposée par Kraemer et al. (2003) a été appliquée. L'évaluation réalisée par les parents, les enseignants et les cliniciens à propos du comportement de l'enfant aux temps 1 et 2, ont été introduites dans une analyse factorielle en composantes principales. Des analyses séparées ont été réalisées pour les aspects adaptatifs du comportement, d'une part, (PSA et *SNAP game*) et pour les aspects symptomatiques du comportement externalisé, d'autre part, (SNAP IV et *SNAP game*) aux deux temps de mesure, soit lors de la première consultation et 12 mois plus tard. Trois facteurs ont été produits : le premier représentant le comportement de l'enfant (Trait), le deuxième, la différence entre le comportement général dans les situations de la vie quotidienne et les comportements spécifiques lors d'observations en laboratoire (Contexte) et le troisième, la différence entre l'évaluation des parents et celle des professionnels (Perspective). Ainsi, le trait représente le comportement de l'enfant tel que tous les informateurs ont contribué à l'évaluer mais débarrassé des éléments liés au contexte dans lequel l'enfant a été évalué (général, dans les situations de la vie quotidienne, versus spécifique, dans le paradigme d'observation) et liés à la perspective de chacun des informateurs (perspective professionnelle des enseignants et des cliniciens versus perspective émotionnelle des parents). Ces aspects de contexte et de perspective sont représentés par les deux autres facteurs résultant de l'analyse.

Le facteur trait est le premier facteur issu de l'analyse, celui expliquant la plus grande part de variance et sur lequel les différents informateurs saturent fortement. Les deuxième et troisième facteurs correspondent au contraste entre les contextes et les perspectives tel qu'il a été envisagé dans le cadre de la sélection des sources d'information.

L'analyse factorielle combinant les informations provenant des parents, des enseignants et des cliniciens fournit une solution factorielle intéressante indiquant l'adéquation de la procédure proposée par Kraemer et al. (2003) dans le cadre de l'évaluation comportementale des jeunes enfants (Tableau 2). Le facteur trait constitue en effet le facteur expliquant la plus grande part de variance, soit 43 % aux temps 1 et 2 pour les aspects adaptatifs du comportement et 42 % au temps 1, et 48 % au temps 2 pour les aspects symptomatiques du comportement externalisé. Les saturations factorielles sur le trait sont élevées (>0,40) pour toutes les sources d'information et aux deux temps de mesure, excepté en ce qui concerne les parents au temps 1 pour les aspects symptomatiques du comportement externalisé. Cette faible saturation pourrait être expliquée par

leur manque d'expérience dans l'évaluation des comportements pathologiques comparativement aux cliniciens et aux enseignants.

Les facteurs contexte et perspective expliquent une part supplémentaire de la variance liée au comportement de l'enfant. Les saturations factorielles sont en accord avec les contrastes attendus en ce qui concerne les perspectives (parent versus professionnels) et les contextes (général versus spécifique). Une exception est toutefois à relever pour le facteur contexte dans le cas des aspects adaptatifs du comportement au temps 1.

Les résultats de nos analyses confirment que la procédure de [Kraemer et al. \(2003\)](#) constitue une réelle opportunité de combiner les évaluations provenant de différents informateurs et de différentes méthodes afin d'obtenir une mesure plus valide du comportement de l'enfant. Il suffit pour ce faire d'utiliser le score factoriel de l'enfant obtenu sur le facteur trait en lieu et place du résultat obtenu pour un informateur et une méthode en particulier.

4. Discussion

La présente contribution avait pour objectif de questionner la fiabilité du diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé posé sur base de différents instruments et d'information provenant de divers informateurs (les parents, les enseignants et les cliniciens). Elle visait également à éprouver la validité d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes permettant de tenir compte de la variabilité observée entre instruments et informateurs.

En accord avec les données de la littérature rapportant une variabilité importante entre les informations rapportées par les parents, les enseignants et les cliniciens, il a été démontré que, selon l'informateur ou la méthode d'évaluation considérée, le pourcentage d'enfants étant identifiés comme ayant des troubles de comportement externalisé fréquents et intenses, variait de manière drastique au sein d'un échantillon dont tous les enfants consultaient, dans les faits, pour des problèmes de comportement externalisé. Selon les cas, ce pourcentage variait entre 6 %, soit quasi aucun enfant de l'échantillon « hors normes », et 85 %, soit quasi tous les enfants de l'échantillon « hors normes ».

Ces résultats doivent nous inciter à la plus grande prudence dans nos pratiques. Ainsi, il paraît inacceptable aussi bien pour des objectifs cliniques que de recherche, de baser le diagnostic des enfants agités, agressifs, opposants ou désobéissants sur des questionnaires, tels que par exemple le PSA ([Dumas et al., 1997](#)), le SNAP-IV ([Swanson et al., 1992](#)) ou encore le Conners ([Conners, 1982](#)), proposés uniquement au parent présent lors de la consultation. Ce type de pratique ouvre en effet la voie à des dérives importantes dont la plus préoccupante en clinique serait de diagnostiquer un bon nombre de faux-positifs, ces derniers conservant pour de longues années un étiquetage excessif. En recherche, le risque consiste à surévaluer la prévalence de psychopathologies telles que le troubles déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble des conduites ou encore le trouble oppositionnel (DSM-IV ; [APA, 1996](#)). La démarche diagnostique est un processus complexe qui requiert du temps et une formation professionnelle spécifique. Ce processus requiert toujours une prise de contact – à visée collaborative et non stigmatisante – avec l'enseignant de l'école fréquentée par l'enfant et interagissant avec lui au quotidien. Il requiert aussi l'utilisation de techniques d'observation par le clinicien lui permettant de se forger sa propre opinion sans qu'elle puisse être d'emblée orientée par le discours parental ou scolaire.

Aussi, la complexité du processus d'évaluation comportementale sur lequel se base la démarche diagnostique doit, dans les faits, refléter la complexité du comportement lui-même car l'enfant en relation avec son père ou avec sa mère n'est ni exactement l'enfant en classe ou en cours de récréation, ni exactement celui que nous rencontrons en consultation. Le comportement de

l'enfant est une synthèse de toutes ces composantes, synthèse qui ne peut être obtenue que par une méthodologie appropriée.

La méthodologie que nous avons mise à l'épreuve dans la présente contribution à la suite des travaux de Kraemer et al. (2003) permet de considérer que les désaccords entre les évaluations fournies par les différents informateurs ne constituent pas des erreurs de mesure qu'il s'agirait de corriger. Elle considère avec intérêt les informations provenant de chacun des informateurs et de méthodes variées, leur conférant un poids statistique important dans la variable latente qui résulte de l'analyse. Le facteur trait est en effet celui sur lequel tous les informateursaturent le plus fortement. De ce fait, cette méthode reconnaît, dans chaque informateur, une source pertinente de données reflétant la singularité de l'enfant en développement dans ses différents milieux de vie.

Cette méthodologie basée sur une analyse factorielle est d'utilisation assez simple et peut être aisément automatisée par les moyens informatiques dont nous disposons. Cette proposition méthodologique paraît tout à fait indiquée dans le cadre de recherches scientifiques autour des difficultés de comportement chez l'enfant. Dans un contexte clinique, elle nous amènerait à bâtir notre démarche diagnostique sur un recueil de données systématique auprès des parents et de l'enseignant ainsi qu'en nous basant sur des méthodes d'observation directe. Ces informations seraient par la suite introduites dans un traitement statistique les prenant en considération comme des sources valides et pertinentes, sans avoir à arbitrer qui, parmi les informateurs, porte sur l'enfant le regard le plus « vrai ». Il resterait alors à opérationnaliser des normes auprès d'échantillons de référence, ce qui pourrait constituer un prochain objectif de travail. Une démarche méthodologique de cette envergure permettrait, sans nul doute, de garantir une meilleure validité à nos démarches diagnostiques dans une approche plus respectueuse des différences intra- et interindividuelles des enfants et de leur famille.

5. Conflits d'intérêts

Aucun.

Références

- American Psychiatric Association, 1996. DSM IV : manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux. Masson, Paris.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Howell, C.T., 1987. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 101, 213–232.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., 2000. *Mental Health Practitioner's Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. Burlington, University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Campbell, S.B., 1990. *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. Guilford Press, New York.
- Chi, T.C., Hinshaw, S.P., 2002. Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *J Abnormal Child Psychol* 30 (4), 387–400.
- Conners, C.K., 1982. Parent and teacher rating forms for the assessment of hyperkineses in children. In: Keller, P.A., Ritt, L.G. (Eds.), *Innovation in clinical practice*. FI Professionnel Research Exchange Inc, Sarasota.
- De los Reyes, A., Kazdin, A.E., 2005. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical Framework, and recommendations for further study. *Psychol Bull* 131 (4), 483–509.
- Douglas, J., 1998. Therapy for parents of difficult pre-school children. In: Graham, P. (Ed.), *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Dumas, J., LaFrenière, P., Capuano, F., Durning, P., 1997. *Profil socio-affectif (PSA). Évaluation des compétences sociales et des difficultés d'adaptation des enfants de 2/1/2 à six ans*. Éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.

- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., et al., 2004. Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *J Psychopathol Behav Assess* 26 (2), 137–146.
- Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., Julion, W., 2004. Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing and Health* 27, 413–425.
- Hinshaw, S.P., Anderson, C.A., 1996. Conduct and oppositional defiant disorder. In: Marsh, E.J., Barkley, R.A. (Eds.), *Child psychopathology*. Guilford Press, New York, pp. 108–149.
- Hughes, C., Oksanen, H., Taylor, A., Jackson, J., Murray, L., Caspi, A., et al., 2002. I'm gonna beat you! SNAP!: An observational paradigm for assessing young children's disruptive behavior in competitive play. *J Child Psychol Psychiatry* 43 (4), 507–516.
- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., Kupfer, D.J., 2003. A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *Am J Psychiatry* 160 (9), 1566–1577.
- Meunier, J.C., Roskam, I., Stiévenart, M., van de Moortele. Developmental trajectories of externalizing behaviour in childhood: the role of parental behaviour and self-efficacy, sibling relationships and child personality (submitted for publication).
- Murray, L., Woolgar, M., Cooper, P., Hipwell, A., 2001. Cognitive vulnerability to depression in five year old children of depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 42, 891–900.
- Owens, E.B., Shaw, D.S., 2003. Predicting growth curves of externalizing behavior across the preschool years. *J Abnorm Child Psychol* 31 (6), 575–590.
- Palfrey, J.S., Levine, M.D., Walker, D.K., Sullivan, M., 1985. The emergence of attention deficit in early childhood: A prospective study. *J Dev Behav Pediatr* 6, 339–348.
- Patterson, G.R., Debarysche, B.D., Ramsey, E., 1989. A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* 44, 329–335.
- Perren, S., von Wyl, A., Stadelmann, S., Burgin, D., von Kintzing, K., 2006. Associations between behavioural/emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 45 (7), 867–876.
- Richman, N., Stevenson, J., Graham, P., 1982. *Pre-school to school: A behavioral study*. Academic Press, London.
- Roskam, I., Kinoo, P., Nassogne, M.C., 2007. L'enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 55, 204–214.
- Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J.-C., Van de Moortele, G., Kinoo, P., Nassogne, M.-C. Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant ? Étude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques* (sous presse).
- Swanson, J.M., Nolan, E.E., Pelham, W.E., 1992. SNAP-IV. University of California (<http://www.adhd.net/>).
- Van der Ende, Verhulst, F.C., 2005. Informant, gender and age differences in rating of adolescent problem behavior. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14, 117–126.
- Winsler, A., Wallace, G.L., 2002. Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education and Development* 13 (1), 41–58.
- Wolraich, M.L., Lambert, E.W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M.A., Worley, K.A., 2004. Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Dev Behav Pediatr* 25 (1), 41–47.