



## **Interventions de formation parentale pour les enfants d'âge préscolaire**

***ROBERT J. MCMAHON, Ph.D.***

*University of Washington, ÉTATS-UNIS*

*(Publication sur Internet le 1 juin 2006)*

### ***Thèmes***

*Parents - Habiletés*

### **Introduction**

Il y a de plus en plus de données sur le rôle important des facteurs de risques familiaux qui facilitent la participation et la progression des jeunes enfants à la trajectoire des « débutants précoces » en matière de troubles de conduite. Cette trajectoire se caractérise par trois éléments : l'apparition des troubles de conduite (comme les niveaux développementaux excessifs d'agressivité, un refus d'obéissance et autres comportements oppositionnels) à l'âge préscolaire et au début de l'âge scolaire; un degré élevé de continuité pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, et un mauvais pronostic.<sup>1,2</sup>

La formulation la plus complète de la trajectoire précoce est basée sur la famille. Il s'agit du modèle de coercition développé par Patterson et ses collègues.<sup>3,4</sup> Il décrit un processus « d'entraînement de base » du trouble de conduite qui se produit dans le cadre d'un cercle d'intensification des interactions coercitives entre le parent et l'enfant à la maison, et qui débute avant l'entrée à l'école. On pense que les stratégies parentales de gestion inefficaces, surtout concernant le respect des consignes par l'enfant pendant la période préscolaire, sont la cause proximale du début du cycle coercitif.

Les types de pratiques parentales étroitement associées au développement des troubles de conduite chez l'enfant comprennent une discipline incohérente, irritable, explosive, inflexible et rigide, ainsi qu'une supervision et une implication faibles.<sup>5</sup> Quand ce processus de gestion parentale inefficace se poursuit pendant longtemps, le taux et l'intensité des comportements coercitifs de l'enfant augmentent considérablement, renforçant les comportements agressifs des membres de la famille.

Les autres facteurs de risque familial qui ont des effets directs ou indirects sur les pratiques parentales comprennent les cognitions sociales sources de mauvaise adaptation, la détresse personnelle (par exemple, comportement antisocial, consommation de substances, dépression maternelle) et inter parentale (problèmes conjugaux), ainsi qu'un plus grand isolement social (insularité).<sup>1</sup>

## **Sujet**

La formation parentale (FP) peut se définir comme une approche de traitement des problèmes de comportement des enfants en utilisant des « procédures qui visent à former les parents à modifier le comportement de leur enfant à la maison. Les parents rencontrent un thérapeute ou un formateur qui leur enseigne à utiliser des procédures particulières pour modifier leurs interactions avec leur enfant, promouvoir un comportement pro social et diminuer les comportements déviants. »<sup>6</sup> La FP a été appliquée à une grande variété de problèmes et de populations infantiles, mais elle a été principalement employée pour traiter les préadolescents (c'est-à-dire les enfants d'âge préscolaire à scolaire) qui manifestent des troubles de conduite évidents comme des crises de colère, de l'agressivité et un refus d'obéissance excessif. C'est dans ce domaine que la FP apporte le soutien empirique le plus élevé. Cet article se concentrera sur les interventions en FP destinées aux enfants d'âge préscolaire (de trois à cinq ans) qui manifestent des niveaux excessifs de troubles de conduite évidents.

L'hypothèse sous-jacente des modèles FP basés sur l'apprentissage social est que certains types de déficits en matière d'habiletés parentales ont été au moins partiellement responsables du développement ou du maintien des troubles de conduite. Les éléments centraux du modèle FP comprennent les approches suivantes. Premièrement, l'intervention vise principalement les parents et il y a relativement moins de contact entre le thérapeute et l'enfant. Deuxièmement, les thérapeutes détournent l'attention des parents des troubles de conduite pour la recentrer sur des objectifs pro sociaux. Troisièmement, le contenu de ces programmes comprend généralement une instruction sur les principes d'apprentissage social à la base des techniques de parentalité.

Les parents sont formés à définir, surveiller et suivre le comportement de l'enfant; sur des procédures de renforcement positif qui comprennent des compliments et d'autres formes d'attention parentale positive, des systèmes de jetons ou de points; sur des procédures d'extinction et de punitions légères, comme ignorer l'enfant, la conséquence de la réaction et un temps d'arrêt plutôt qu'une punition physique; à donner des instructions ou des commandes claires, et à la résolution de problèmes. Enfin, dans l'approche FP, les thérapeutes utilisent énormément l'instruction didactique, l'apprentissage par observation, le jeu de rôle, les répétitions comportementales et des exercices structurés à faire à la maison afin de promouvoir les conduites parentales efficaces.<sup>6-8</sup>

## **Problèmes**

Malgré l'insistance croissante sur l'utilisation des pratiques basées sur des données dans ce domaine,<sup>9</sup> l'écrasante majorité des interventions commerciales disponibles basées sur la famille n'a jamais été évaluée de façon systématique et rigoureuse. Pourtant, ces programmes sont largement utilisés et leur nombre augmente chaque année.

Le portrait des interventions FP basées sur l'apprentissage social est plus positif. Cependant, bien qu'on ait démontré à plusieurs reprises (voir plus bas) l'efficacité à court terme de la FP à produire des changements de comportement tant chez l'enfant que chez le parent, cette intervention n'est pas efficace pour toutes les familles.

Premièrement, comme pour les autres types de traitement pour les enfants, des abandons se produisent, le taux de décrochage est proche de 28%.<sup>10</sup>

Deuxièmement, pour les familles qui poursuivent le programme, les interventions FP ont démontré leur généralisabilité (par exemple, envers les autres enfants de la famille à la maison avec le temps) et leur validité sociale (c'est-à-dire, les changements thérapeutiques « cliniquement ou socialement importants » pour le client,<sup>11</sup> à divers degrés – certains de façon impressionnante, d'autres à un degré modéré, et enfin d'autres à un degré nul).<sup>12</sup>

Troisièmement, bien que certaines données sur les diverses caractéristiques familiales et infantiles prédisent le résultat (par exemple, la gravité du comportement de l'enfant, les comportements parentaux coercitifs et inconsistants, les problèmes d'adaptation des parents), on s'est relativement peu intéressé a) aux processus réels de changement provoqué par la FP et b) à certains sous-groupes (par exemple, basés sur le sexe de l'enfant ou le statut minoritaire ou encore le statut socioéconomique de la famille) auprès desquels la FP serait plus ou moins efficace.

### **Contexte de la recherche**

Depuis les 35 dernières années, des centaines d'études centrées sur la FP auprès des enfants manifestant des troubles de conduite sont apparues.<sup>8,12-15</sup> Les devis de recherche allaient de descriptions de cas, de méthode de cas unique et d'évaluations simples pré et post traitement à des études cliniques randomisées à grande échelle qui comprenaient diverses conditions de comparaisons de traitement entre des groupes témoins et les autres groupes. Généralement, la sophistication méthodologique de plusieurs de ces évaluations est assez élevée.<sup>1,13,15</sup>

### **Questions clés de la recherche**

1. Quelles sont les données sur l'efficacité la généralisabilité et la validité sociale des interventions FP auprès des jeunes enfants?
2. Quels sont les mécanismes qui permettent de modifier le comportement de l'enfant?
3. L'efficacité de la FP est-elle différente a) pour divers sous-groupes d'enfants, de parents et de familles et b) selon la forme et le type d'intervention? Dans la négative, des interventions spécifiques aux sous-groupes sont-elles nécessaires pour améliorer l'intervention?
4. Quelle est la meilleure façon de diffuser plus largement les interventions FP basées sur des données afin qu'elles soient utilisées de façon raisonnablement fidèle tout en permettant les adaptations nécessaires à chaque site?

### **Récents résultats de recherche**

#### *Efficacité, généralisabilité et validité sociale*

Les recherches les plus importantes et les plus sophistiquées sur l'intervention auprès des enfants manifestant des troubles de conduite se sont concentrées sur les interventions FP visant les préadolescents (y compris ceux de cinq ans et moins). Ces interventions présentent les résultats les plus prometteurs. Elles ont été utilisées avec succès dans des

cadres cliniques et domestiques, ont été implantées auprès de familles individuelles ou de groupes de familles et ont comporté toutes ou certaines des techniques de formation décrites plus haut. Les interventions FP auto administrées peuvent être efficaces pour certaines familles, bien que d'autres puissent avoir besoin d'interventions plus intensives.<sup>13</sup> Le résultat immédiat du traitement a été quantifié par des modifications du comportement parental (par exemple, moins directif, contrôlant et critique, et plus positif), de celui de l'enfant (par exemple, moins d'agressivité physique et verbale, plus d'obéissance, moins destructeur), et par les perceptions parentales sur l'adaptation des enfants.

Des recensions récentes<sup>1,13,15</sup> ont identifié plusieurs interventions FP basées sur des données solides et qui améliorent les troubles de conduite chez les enfants d'âge préscolaire. Citons parmi elles Helping the Noncompliant Child,<sup>16</sup> the Incredible Years,<sup>17</sup> Parent-Child Interaction Therapy,<sup>18</sup> Parent Management Training-Oregon,<sup>19</sup> et Triple P (Positive Parenting Program).<sup>20</sup>

Les chercheurs ont aussi démontré la généralisation des effets positifs de plusieurs de ces interventions à la maison pendant d'importantes périodes de suivi (jusqu'à six ans et plus après le traitement) aux frères et sœurs qui n'avaient pas suivi le traitement et aux comportements non traités. La validité sociale (par exemple, satisfaction du client, amélioration de l'intervalle de variation) de ces effets a aussi été documentée. Par exemple, dans leur revue méta analytique de la formation parentale, Serketich et Dumas<sup>15</sup> ont rapporté que 17 des 19 groupes d'intervention sont passés sous l'intervalle clinique après le traitement pour au moins une mesure, et que cela a été le cas pour 14 groupes pour toutes les mesures. De plus, les cinq programmes FP soulignés plus haut ont fait l'objet d'une évaluation positive comparés aux conditions témoins qui ne recevaient pas de traitement ou qui étaient sur une liste d'attente, ainsi qu'aux systèmes de thérapies familiales<sup>21</sup> et aux services communautaires de santé mentale.<sup>22</sup>

### *Mécanismes*

Dans plusieurs études, les chercheurs ont découvert que les modifications des comportements parentaux<sup>23-26</sup> modifiaient les effets de la FP auprès des jeunes enfants qui manifestent des troubles de conduite. C'est une découverte majeure qui touche la partie fondamentale de la FP, puisque l'on suppose que l'amélioration du comportement parental est le mécanisme central qui entraîne le changement de comportement de l'enfant.

### *Modération*

Généralement parlant, on a porté très peu d'attention aux différences d'efficacité de la FP auprès de différents sous-groupes d'enfants, de parents et de familles, ou en fonction des différents aspects de la FP (par exemple, le mode de prestation du traitement). Les candidats qui seraient des modérateurs possibles de l'efficacité sont les caractéristiques de l'enfant, comme la gravité de son trouble de conduite, l'étendue des problèmes comorbides (par exemple le TDAH, l'anxiété, la dépression), l'âge, le sexe et l'appartenance à une minorité. Parmi les caractéristiques familiales qui pourraient être

des modérateurs, citons l'adaptation personnelle et conjugale, la monoparentalité et le statut socioéconomique.

Une récente étude méta analytique s'est penchée sur les modérateurs de la FP et a découvert que les problèmes de conduite plus graves, la monoparentalité, les conditions économiques défavorables (c'est-à-dire le statut socioéconomique défavorisé) et la FP offerte en groupe (plutôt qu'en individuel) se traduisaient par des résultats plus faibles pour les enfants.<sup>13</sup> De plus, les conditions économiques défavorables et le fait de suivre uniquement la FP (par opposition à des interventions qui comportent de multiples composantes, y compris la FP) étaient aussi associés à de moins bons comportements parentaux et à une moins bonne perception parentale. Il est intéressant de noter que l'âge de l'enfant ne constituait pas un modérateur significatif.

Lundahl et coll.<sup>13</sup> ont rapporté que chez les familles défavorisées, la FP individuelle était associée à des résultats plus positifs pour l'enfant et à de meilleurs résultats en matière de comportement parental que la FP en groupe. D'autres chercheurs ont identifié que l'état de l'attachement de l'adulte<sup>27</sup> et la détresse conjugale<sup>28</sup> étaient des modérateurs des résultats de la FP. Cela ne semble pas être le cas pour le sexe de l'enfant, bien que la recherche sur ce sujet soit limitée.

Beauchaine et coll.<sup>23</sup> ont rapporté que l'anxiété et la dépression comorbides de l'enfant (mais pas le TDAH ni le sexe), la dépression maternelle, l'histoire parentale d'abus de substance, la satisfaction conjugale et la monoparentalité modéraient les effets de l'intervention FP (contrairement aux interventions qui ne comportaient pas de composante FP).

#### *Efficacité/diffusion*

Les essais à grande échelle sur la FP ainsi que les études de diffusion interculturelle sont de plus en plus courants. Ces efforts de recherche fournissent une information essentielle sur la possibilité d'utiliser les interventions FP auprès de diverses populations et de les transposer à des contextes réels. Par exemple, des essais sur l'efficacité interculturelle des programmes Incredible Years, Triple P, et Parent Management Training-Oregon ont été effectués ou sont en cours au Royaume-Uni,<sup>29</sup> au Canada,<sup>22,30</sup> à Hong Kong,<sup>31</sup> en Norvège<sup>32</sup> et en Australie.<sup>33</sup>

#### **Conclusions**

L'approche FP pour les jeunes enfants qui manifestent des troubles de conduite est sans doute une intervention de choix étant donné l'important soutien empirique en faveur de son efficacité, de sa généralisation et de sa validité sociale. L'hypothèse selon laquelle la modification du comportement parental est un mécanisme clé qui entraîne un changement de comportement chez l'enfant bénéficie aussi de plus en plus de soutien empirique.

La recherche méta analytique suggère que l'efficacité de la FP à modifier le comportement de l'enfant est moindre pour les familles monoparentales économiquement défavorisées; plus importante quand elle est offerte individuellement aux familles plutôt qu'en groupe, et aux enfants qui ont des troubles de conduite plus graves; et enfin

comparable pour les garçons et les filles ainsi que pour les échantillons appartenant à une majorité ou à une minorité.

Les essais sur l'efficacité à grande échelle et sur la diffusion, dont plusieurs ont lieu dans des cadres internationaux, fournissent de l'information importante sur la faisabilité d'implanter les interventions FP dans le monde réel.

### **Implications**

Pour ce qui est de la première étape, il est essentiel que les décideurs politiques choisissent des programmes FP qui ont une base empirique adéquate. Des références aux recensions clés<sup>1,13</sup> et des listes de « meilleure pratique »<sup>9</sup> peuvent constituer de bons points de départ pour identifier les interventions FP potentielles.

Pour ce qui est des systèmes de prestation, dans certains cas, les FP en groupe peuvent être une solution de rechange rentable par rapport au travail en individuel avec les familles, bien que l'intervention en individuel soit plus efficace, surtout auprès des familles économiquement défavorisées.<sup>13</sup> Dans certains cas, la FP auto administrée peut être suffisante. Des lignes directrices pour la sélection des modes particuliers de FP sont nécessaires.

L'intérêt envers les interventions destinées à *prévenir* les troubles de conduite s'est considérablement accru au cours des 15 dernières années, stimulé en partie par les connaissances de plus en plus nombreuses sur la trajectoire précoce de ces troubles. La FP peut avoir des effets préventifs importants, surtout si elle se déroule pendant la période préscolaire,<sup>34</sup> ou si elle fait partie d'interventions préventives plus larges pour les enfants d'âge scolaire à risque de troubles de conduite.<sup>35,36</sup> Si la FP peut jouer un rôle pour prévenir ces derniers, elle aura des implications importantes parce qu'elle réduira la nécessité d'interventions continues pendant la période développementale et à l'âge adulte.

La raison la plus irréfutable d'utiliser la FP à grande échelle est sa rentabilité potentielle. Le soutien empirique en faveur de cette intervention, la disponibilité de manuels (qui contribuent à normaliser l'utilisation et la diffusion) sur plusieurs programmes FP et de systèmes de prestation à niveaux multiples, ainsi que son potentiel d'effets préventifs sont des éléments qui contribuent à sa rentabilité. Une analyse économique des coûts et des bienfaits de plusieurs stratégies d'intervention indique que la FP est plus efficace pour prévenir les crimes plus tard que les visites à domicile auxquelles s'ajoutent les services de garde ou la supervision des délinquants.<sup>37</sup>

Malgré cette évaluation très positive de l'intervention FP pour les jeunes enfants qui manifestent des troubles de conduite, il y a plusieurs domaines qui justifient une attention croissante et continue. Citons par exemple, a) le développement de lignes directrices pour sélectionner le traitement; b) une insistance continue sur l'identification et l'élaboration des processus d'engagement familial et de changement;<sup>38</sup> c) le fait de savoir comment améliorer les résultats et la généralisation des effets, surtout pour les groupes non desservis comme les personnes économiquement défavorisées; d) le rôle de la FP en tant qu'intervention préventive; et e) une plus grande attention envers les questions

conceptuelles, empiriques et pragmatiques qui font partie de la diffusion à grande échelle.<sup>39</sup>

**Pour en savoir plus sur ce thème, consultez les sections suivantes de l'Encyclopédie:**

- [Est-ce important?](#)
- [Que savons-nous?](#)
- [Que peut-on faire?](#)
- [Selon les experts](#)
- [Messages-clés](#)

## RÉFÉRENCES

1. McMahon RJ, Wells KC, Kotler JS. Conduct problems. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Treatment of childhood disorders*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 2006:137-268.
2. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
3. Patterson GR. *Coercive family process*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1982.
4. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1992.
5. Chamberlain P, Reid JB, Ray J, Capaldi DM, Fisher P. Parent inadequate discipline (PID). In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis W, eds. *DSM-IV sourcebook*. Vol. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997:569-629.
6. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995:82.
7. Duman JE. Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review* 1989;9(2):197-222.
8. Miller GE, Prinz RJ. Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin* 1990;108(2):291-307.
9. Metzler C, Eddy M, Taylor TK. The evidence standards of ten “best practices” lists and the evidence base of the top family-focused programs. Communication présentée au: Symposium conducted at the meeting of the Society for Prevention Research, “Finding common ground among “best practices” lists: The evidence base and program elements of top family focused and school-based programs”, [Metzler, Chair]; mai 2002; Seattle, Wash.
10. Forehand R, Middlebrook J, Rogers TR, Steffe M. Dropping out of parent training. *Behaviour Research and Therapy* 1983;21(6):663-668.

11. Kazdin AE. Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification* 1977;1(4):427-452.
12. McMahon RJ. Parent training. In: Russ SW, Ollendick TH, eds. *Handbook of psychotherapies with children and families*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1999:153-180.
13. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 2006;26(1):86-104.
14. O'Dell SL. Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin* 1974;81(7):418-433.
15. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996;27(2):171-186.
16. McMahon RJ, Forehand RL. *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 2003.
17. Webster-Stratton C. The Incredible Years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005:507-555.
18. Querido JG, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy: Maintaining treatment gains of preschoolers with disruptive behavior disorders. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005:575-597.
19. Patterson GR, Reid JB, Jones RR, Conger RE. *A social learning approach to family intervention*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1975. *Families with aggressive children*; vol 1.
20. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. *Theoretical, scientific, and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. St-Lucia, Australia: The Parenting and Family Support Centre, University of Queensland; 2003. Parenting Research and Practice, Monograph No. 1. Disponible sur le site: [http://www.pfsc.uq.edu.au/papers/Monograph\\_1.pdf](http://www.pfsc.uq.edu.au/papers/Monograph_1.pdf) Page consultée le 26 octobre 2007.
21. Wells KC, Egan J. Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry* 1988;29(2):138-146.
22. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children's series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 1998;29(2):221-240.
23. Beauchaine TP, Webster-Stratton C, Reid MJ. Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(3):371-388.

24. DeGarmo DS, Patterson GR, Forgatch MS. How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science* 2004;5(2):73-89.
25. Feinfield KA, Baker BL. Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33(1):182-195.
26. Martinez CR Jr, Forgatch MS. Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(3):416-428.
27. Routh CP, Hill JW, Steele H, Elliott CE, Dewey ME. Maternal attachment status, psychosocial stressors and problem behaviour: Follow-up after parent training courses for conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995;36(7):1179-1198.
28. Dadds MR, Sanders MR, James JE. The generalization of treatment effects in parent training with multidistressed parents. *Behavioural Psychotherapy* 1987;15(4):289-313.
29. Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal* 2001;323(7306):194-197.
30. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2002;87(6):472-477.
31. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process* 2003;42(4):531-544.
32. Ogden T, Forgatch MS, Askeland E, Patterson GR, Bullock BM. Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice* 2005;19(3):317-329.
33. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science* 2005;6(4):287-304.
34. Reid JB. Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology* 1993;5(1-2):243-262.
35. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.
36. Tremblay RE, Vitaro F, Bertrand L, LeBlanc M, Beauchesne H, Boileau H, David L. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: The Montreal longitudinal-experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. New York, NY: Guilford Press; 1992:117-138.

37. Greenwood PW, Model KE, Rydell CP, Chiesa J. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, Calif: The RAND Corporation; 1996.
38. Nock MK, Ferriter C. Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2005;8(2):149-166.
39. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: learning from the Triple P – Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 2006;11(2):176-193.

Pour citer ce document :

McMahon RJ. Interventions de formation parentale pour les enfants d'âge préscolaire. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McMahonRJFRxp.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2006