

[Archived] Programmes et services efficaces pour réduire l'agressivité chez les jeunes enfants

John E. Lochman, Ph.D. Saxon Chair in Clinical Psychology

University of Alabama, États-Unis

Septembre 2003

Introduction

Les comportements antisociaux des enfants et des adolescents constituent depuis longtemps une préoccupation sociétale majeure. Cette préoccupation a augmenté au cours des années, tout comme l'attention portée aux services correctionnels et aux énormes coûts financiers liés à la criminalité juvénile (aux États-Unis). Les problèmes des conduites (spécialement chez les garçons) viennent en tête des références aux professionnels de la santé mentale pour ce qui est des problèmes de comportement pendant l'enfance.¹ Les comportements agressifs et perturbateurs sont l'une des dysfonctions les plus persistantes chez les enfants, et si on ne les traite pas, ils occasionnent souvent des coûts personnels et émotionnels élevés pour eux, pour leur famille et pour la société en général. On a donc effectué énormément de recherche afin de déterminer les causes, le traitement et la prévention des problèmes de conduites.

Sujet

On soupçonne les caractéristiques innées comme le tempérament^{2,3} et les facteurs malléables et formatifs du développement social et psychologique de contribuer au risque d'agressivité pendant l'enfance.⁴ On a observé que de hauts niveaux d'agressivité physique à l'âge de 2 ans étaient des prédicteurs fiables d'agressivité à l'âge scolaire.⁵ Des causes identifiées et des corrélats de l'agressivité chez les enfants, comme les processus familiaux dysfonctionnels et une faible compétence sociale (qui se manifestent par le rejet de l'enfant par les pairs, par des processus sociocognitifs déficients et par l'appartenance à des groupes de pairs déviants) pourraient aussi constituer certaines des causes directes de problèmes des conduites à l'adolescence.⁶

Dans leur revue complète et relativement classique de la documentation sur les facteurs de risque pour les comportements antisociaux chez les adolescents, Hawkins, Catalano, et Miller² ont identifié des facteurs de risque, dont les suivants :

1. Des pratiques de gestion familiale déficientes (impliquant le manque de chaleur maternelle; un parentage incohérent, extrêmement sévère ou permissif; un mauvais encadrement ainsi que des attentes floues concernant le comportement.
2. Un niveau élevé de conflits familiaux.
3. Un faible niveau de chaleur et d'investissement dans les relations parents/enfants.
4. Le rejet par les pairs dans les années de l'école primaire.
5. L'association avec des groupes de pairs déviants au cours de l'enfance et pendant la scolarité du secondaire.

Ainsi, dans un contexte développemental, on peut concevoir que les comportements antisociaux et violents résultent d'une accumulation de facteurs personnels et familiaux,^{7,8} et que la trajectoire développementale se traduit par un comportement agressif chez l'enfant. Loeber⁹ a émis la théorie selon laquelle au fur et à mesure que ces modèles de comportements agressifs s'installent, les séquelles apparaissent, conduisent à la trajectoire du recours aux substances, et les troubles des conduites se manifestent. Pendant la prime enfance jusqu'à la moitié de l'enfance, les enfants dont le comportement est de plus en plus oppositionnel peuvent subir des réactions extrêmement négatives de la part des enseignants et être rejetés par leurs pairs. Leurs progrès scolaires diminuent, et au début de l'adolescence, ils deviennent plus susceptibles de subir les influences déviantes de leurs pairs. Une fois adolescents, cette trajectoire se traduit par

un risque élevé de recours aux substances, d'actes délinquants et d'échec scolaire.^{4,9} En conséquence, les interventions préventives précoces pendant les années préscolaires peuvent avoir un effet sur les comportements agressifs des enfants (comportements qui sont normalement de plus en plus stables) avant d'accumuler des facteurs de risque additionnels qui conduisent à une trajectoire de comportements antisociaux.

Contexte de la recherche

Bien que des recherches étendues sur le traitement et sur la prévention aient été menées sur les enfants en âge de fréquenter l'école élémentaire et l'école secondaire, il existe peu d'études rigoureuses concernant les interventions visant à réduire les problèmes de comportements agressifs pendant l'enfance et les années préscolaires. Au cours des dernières années, ce type de recherche a augmenté. Les programmes d'interventions destinés aux enfants entre 0 et 5 ans ont ciblé la période préscolaire en lien avec le parentage et les processus familiaux.^{10,5} Deux des programmes d'intervention les plus efficaces auprès des enfants d'âge préscolaire proviennent des travaux de Webster-Stratton¹¹⁻¹² et de Eyberg.¹³

Questions clés pour la recherche

Les études ont cherché à déterminer si les interventions psychosociales auprès des parents d'enfants âgés entre 0 et 5 ans pouvaient affecter les comportements des parents et réduire efficacement les comportements agressifs et perturbateurs des enfants.

Résultats récents de recherche

Dans l'ensemble, peu de recherches sur l'intervention ont été conduites dans la tranche d'âge 0-5 ans. Les recherches se sont surtout concentrées sur les années préscolaires, plutôt que sur la petite enfance et sur le début de la période trottineur. Webster-Stratton¹¹ a attribué de façon aléatoire neuf centres *Head Start* soit à un groupe de formation pour parents et enseignants ou à un groupe témoin. Le programme d'intervention de 9 semaines qui comportait deux heures de rencontres hebdomadaires a permis d'observer des taux moins élevés de comportements négatifs et de désobéissance chez les enfants de 4 ans, ainsi que des niveaux plus élevés de compétence parentale. Un suivi, un an après l'intervention, a permis de constater que la plupart des améliorations du comportement des enfants et des parents étaient conservées. Dans un

échantillon incluant des enfants plus âgés (entre 4 et 8 ans), Webster-Stratton et Hammond¹² ont constaté qu'une formation des parents combinée à une formation de l'enfant centrée sur ses habiletés généraient des résultats positifs similaires.. D'autres recherches utilisant des groupes témoins penchent en faveur de la formation de parents et d'enfants pendant les années préscolaires. Miller-Heyl, MacPhee et Fritz¹⁴ ont notamment découvert qu'en combinant simultanément des ateliers de 12 semaines destinés aux parents avec un programme de formation visant les 2-5 ans à haut risque et leurs frères et sœurs, en instituant une période d'activité commune aux parents et aux enfants, les comportements oppositionnels des enfants diminuaient, les parents avaient moins recours à des punitions sévères et que selon les rapports des parents, ces derniers constataient une amélioration de l'efficacité de la discipline parentale.

Alors que le modèle d'intervention de Webster-Stratton inclut une formation directe et séparée des parents et des enfants, le modèle *Eyberg Parent-Child Intervention Therapy* (PCIT) se concentre sur les dyades parents-enfants. Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, et Algina¹⁵ ont utilisé un modèle de liste d'attente avec répartition aléatoire de 64 familles d'enfants âgées entre 3 et 6 ans qui avaient été référés en clinique. Ils ont découvert que les parents auprès desquels une intervention avait eu lieu interagissaient plus positivement avec leurs enfants et réussissaient mieux à faire respecter les consignes que les familles appartenant au groupe témoin. Les enfants qui avaient fait l'objet d'une intervention avaient, selon leurs parents, davantage amélioré leur comportement que les enfants du groupe témoin.

L'intervention PCIT consistait en des sessions hebdomadaires pendant quatre mois dirigées par des thérapeutes qui conseillaient les parents sur le recours à des comportements spécifiques de parentage lors de situations naturelles de jeu avec les enfants. Strayhorn et Weidman¹⁶ ont élaboré des hypothèses similaires sur le recours à la formation portant sur l'interaction parents-enfant. Ils ont découvert que l'intervention auprès des enfants d'âge préscolaire résultait en des niveaux plus faibles de comportements perturbateurs, comparativement aux enfants des groupes témoins, un an après ladite intervention.

Bien que l'on dispose de peu de recherches sur lesquelles se baser afin de planifier des interventions visant à réduire les premiers précurseurs de l'agressivité pendant la période prénatale jusqu'à la petite enfance, des éléments solides indirects suggèrent que des interventions fructueuses pourraient être dispensées pendant cette période. Les analyses du *Elmira Nurse Home Visitation Program* ont permis de constater que par rapport au groupe témoin, le mauvais traitement parental des enfants était associé à des augmentations significatives de

l'apparition précoce de problèmes de comportement chez les enfants, comportements qui se prolongeaient au moins jusqu'à l'âge de 15 ans.¹⁷ Cependant, dans le groupe qui recevait les visites à domicile, on n'a découvert aucun lien entre les mauvais traitements et les problèmes de comportements des jeunes, apparemment parce que les rapports de mauvais traitements avaient diminué dans le groupe qui recevait l'intervention. Le programme de visite à domicile avait aussi réduit le nombre d'arrestations, la consommation d'alcool et les comportements de promiscuité sexuelle dans le sous-ensemble de jeunes de 15 ans qui avaient été élevés par des mères à haut risque.¹⁸ Pendant les visites à domicile, les infirmières fournissaient du matériel d'entraînement particulier sur le parentage, sur les étapes du développement et sur les comportements visant à promouvoir la santé de la grossesse jusqu'au 2^e anniversaire de l'enfant.

Conclusions

Pendant les années préscolaires, les interventions psychosociales auprès de parents concernant leurs pratiques parentales peuvent avoir des effets immédiats à la fois sur les comportements parentaux et sur les comportements agressifs et désobéissants des enfants.

Plusieurs modèles de programmes de parentage efficaces destinés aux parents d'enfants de ce groupe d'âge ont été identifiés, incluant des ateliers de formation des parents, des rencontres de groupe et de l'accompagnement pendant les interactions avec les enfants. Ce dernier type de programme parents-enfants pourrait être plus adéquat dans un cadre clinique ou pour des interventions visant les familles à haut risque, plutôt que pour des services de prévention à grande échelle. En comparaison, l'efficacité des programmes de prévention s'étendant de la période prénatale à la petite enfance n'est pas aussi bien établie, bien que des programmes comme les interventions à domicile semblent prometteurs.

Implications

Comme c'est généralement le cas pour la recherche préventive,¹⁹ la recherche appliquée doit examiner les questions clé concernant les programmes visant les comportements agressifs des enfants pendant la période 0-5 ans. Il va sans dire que les données empiriques sur les programmes d'intervention pendant cette période ne sont pas aussi bien établies que celles concernant les interventions pendant les périodes subséquentes de l'enfance. En conséquence :

1. La recherche doit avant tout évaluer les nouveaux programmes d'intervention destinés aux enfants d'âge préscolaire, spécialement ceux visant les familles dont les enfants sont au

stade de la petite enfance.

2. Les recherches en cours sur les interventions efficaces existantes sont nécessaires afin d'identifier des méthodes pour raffiner et améliorer les interventions qui sont déjà appuyées empiriquement.
3. Les nouveaux programmes et ceux qui sont déjà en place devraient reposer sur des théories développementales solides, et en conséquence, porter sur des cibles d'intervention qui sont fortement reliées au développement et au maintien des comportements agressifs chez les enfants de 0-5 ans.
4. La recherche devrait confirmer le fait que les interventions qui produisent de bons résultats ont un impact sur les comportements des enfants grâce à l'influence qu'elles exercent sur les processus présumés de médiation, comme les pratiques disciplinaires des parents.
5. La prochaine génération de projets de recherche préventive devrait examiner les facteurs qui entrent en jeu dans le processus de formation et dans les systèmes hôtes (par exemple, dans les programmes de visite à domicile et préscolaires) et qui peuvent affecter la mise en place et la prestation d'interventions efficaces pour les enfants de ce groupe d'âge.

Pour ce qui est de la politique sociale, on dispose de suffisamment de preuves pour favoriser le développement élargi de programmes de formation comportementale pour destinés aux parents d'enfants d'âge préscolaire.

Références

1. Frick PJ. *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York, NY: Plenum Press; 1998.
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
3. Tarter RE, Alterman AI, Edwards KL. Vulnerability to alcoholism in men: a behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol* 1985;46(4):329-356.
4. Lochman JE. Preventive intervention targeting precursors. In: Bukoski WJ, Sloboda Z, eds. *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002.
5. Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York, NY: Plenum Publishers; 1999:525-555.
6. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company; 1992. *A Social Interactional Approach*; vol 4.
7. Robins LN. Follow-up studies. In: Quay HC, Werry JS, eds. *Psychopathological Disorders of Childhood*. 2nd ed. New York, NY: Wiley; 1979:483-513.

8. Patterson GR. Performance models for antisocial boys. *American Psychologist* 1986;41(4):432-444.
9. Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review* 1990;10(1):1-41.
10. Lochman JE, van den Steenhoven A. Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention* 2002;23(1):49-114.
11. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
12. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.
13. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):180-189.
14. Miller-Heyl J, MacPhee D, Fritz JJ. DARE to be you: A family support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention* 1998;18(3):257-285.
15. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(1):34-45.
16. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.
17. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology* 2001;13(4):873-8
18. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettit L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
19. Lochman JE. Issues in prevention with school-aged children: ongoing intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention and Treatment* [serial online]2001;4:Article 4. Disponible sur le site: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040004c.html> Page consultée le 08 septembre, 2003.