ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

AGRESSIVITÉ – AGRESSION

[Archived] Agressivité chez les jeunes enfants : services ayant fait leurs preuves dans la réduction de l’agressivité

Carolyn Webster-Stratton, Ph.D.

University of Washington, États-Unis

Septembre 2005, Éd. rév.

Introduction

L’agressivité chez les jeunes augmente, particulièrement chez les jeunes enfants.[1] La progression développementale de l’agressivité chez les enfants laisse supposer que la propension à l’agressivité physique et aux comportements oppositionnels est à son niveau le plus élevé à l’âge de deux ans.[2] En règle générale, au fur et à mesure que les enfants se développent, l’agressivité commence à décroître année après année et atteint un niveau relativement bas avant l’entrée à l’école (de cinq à six ans). Cependant, chez certains enfants, les niveaux de comportements agressifs restent élevés et conduisent finalement au diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou à l’apparition précoce de troubles du comportement (TC). Ces diagnostics réfèrent à un ensemble de comportements perturbateurs et antisociaux qui incluent des taux élevés d’opposition, de provocation et d’agressivité. Les études indiquent qu’entre 7 et 20 % des enfants correspondent au critère de l’un ou des deux diagnostics et que ces taux peuvent être

aussi élevés que 35 % chez les enfants de familles à faibles revenus et dépendantes des prestations sociales.[3]

Sujet

La recherche sur la prévention et sur le traitement de l'agressivité est extrêmement importante parce que l'apparition précoce de ces troubles (TOP et TC) chez les enfants d'âge préscolaire est stable dans le temps et semble être le plus important facteur de risque comportemental prédicteur de comportements antisociaux chez les garçons et chez les filles à l'adolescence.[4,5]Plus particulièrement, on a maintes fois constaté que les comportements d'agressivité physique chez les enfants aussi jeunes que trois ans prédisent le développement de la délinquance juvénile violente et l'abus de drogues à l'adolescence[6] ainsi que les taux de dépression et de décrochage scolaire.[7] Il existe des hypothèses selon lesquelles, si l'on intervient pas, les tendances agressives *précoces* des enfants peuvent *se cristalliser* vers l'âge de huit ans.[8] À cet âge, les troubles de comportement et d'apprentissage peuvent devenir moins sensibles à l'intervention et sont plus susceptibles de se transformer en trouble chronique.[9] Comme le traitement de l'agressivité devient de plus en plus difficile et coûteux au fur et à mesure que l'enfant grandit, il semble à la fois pragmatique et rentable d'offrir des traitements et de concentrer les efforts de prévention sur les jeunes enfants et sur les enfants d'âge préscolaire. Malheureusement, les projections actuelles laissent penser que moins de 10 % des enfants d'âge scolaire (et encore moins pour ce qui est des enfants d'âge préscolaire) ayant besoin de services à cause de leurs comportements agressifs les reçoivent.[10] De plus, moins de la moitié de ce groupe reçoit des interventions *validées de façon empirique*.[11]

Problèmes

Les facteurs de risque des enfants, de la famille, des parents, des enseignants et de l'école ont tous été associés avec le développement des troubles du comportement chez les jeunes enfants. Les faibles revenus, une faible éducation, les taux élevés de stress familial, la monoparentalité, les disputes conjugales, la dépression maternelle et l'abus de drogue des parents constituent tous des facteurs de risque particulièrement élevés de développer des problèmes de comportement agressif chez les enfants. Un parentage ou des comportements d'enseignement incohérents, critiques, abusifs ou désengagés sont aussi des facteurs de risque importants pour le développement et pour le maintien de comportements agressifs des enfants à la maison et à l'école. Les enfants dont le tempérament est plus impulsif, plus inattentif et hyperactif reçoivent

souvent moins d’encouragement et de soutien, et davantage de punitions de la part des parents et des enseignants. Ils vivent aussi plus de rejet par les pairs et d’isolation sociale à l’école. De telles réponses de la part des adultes et des pairs augmentent le risque de développer une intensification de l’agressivité. Malheureusement, le risque de problèmes de comportement et d’agressivité continuels semble augmenter de façon exponentielle avec l’exposition des enfants à chaque facteur de risque additionnel.[12]

Contexte de la recherche

La recherche a commencé à évaluer les traitements destinés à réduire et à prévenir le développement continu de l’agressivité chez les jeunes enfants et à favoriser leurs habiletés sociales et affectives. De tels efforts peuvent aussi être considérés comme des stratégies visant à prévenir l’apparition de la délinquance, de la toxicomanie et de la violence dans les années subséquentes. Ces traitements ont ciblé plusieurs des constellations des facteurs de risque décrits plus haut. Les programmes de formation parentale, qui constituent la majorité des données fournies par la recherche, ont été conçus dans le but de contrebalancer les facteurs de risque familiaux et parentaux en enseignant aux parents des stratégies disciplinaires positives et non violentes ainsi que des approches parentales encourageantes qui promeuvent les compétences sociales et affectives et qui réduisent les comportements agressifs. Une deuxième approche de traitement comporte des interventions centrées sur l’enfant, conçues dans le but d’améliorer directement ses habiletés sociales, émotives et cognitives en lui enseignant des habiletés sociales appropriées, les résolutions de problèmes efficaces, la gestion de la colère et le langage émotionnel. Une troisième approche vise à former les enseignants à mettre en place des stratégies de gestion de classe efficace afin de réduire l’agressivité dans la classe et de renforcer les compétences sociales, affectives et scolaires.

Malgré l’existence de plusieurs interventions ciblant ces facteurs de risque, relativement peu de recherches bien conçues, utilisant des groupes témoins, ont été entreprises auprès d’enfants de moins de six ans qui présentaient des problèmes de comportements agressifs (TOP et TC). De plus, il est difficile de trouver des évaluations de traitements destinés aux parents, aux enfants ou aux enseignants ayant comme objectif principal de réduire l’agressivité chez les jeunes enfants (le facteur de risque connu pour son lien avec la délinquance). Plusieurs traitements multimodaux sont apparus récemment. Il s’agit de formations faisant appel à différentes combinaisons d’interventions basées sur l’enfant, sur le parent ou sur la classe et plusieurs études suggèrent qu’en ciblant deux facteurs de risque ou plus, on obtient de meilleurs résultats chez les enfants.

[13,14]

Questions clés pour la recherche

Étant donné le grand nombre de jeunes enfants aux prises avec des problèmes de comportement agressifs et délinquants, est-il important d'évaluer les traitements les plus efficaces, les plus efficients et les plus rentables? Pour qui les interventions effectuées auprès des parents, de l'enfant ou de la classe et qui visent à réduire l'agressivité et promouvoir les compétences sociales sont-elles efficaces et dans quelles conditions? Toutes ces approches sont-elles nécessaires ou est-ce qu'une seule d'entre elles serait suffisante à cet âge? Quels sont les effets à long terme de ces traitements? Existe-t-il des facteurs de risque propres à l'enfant, à la famille ou à la classe qui modulent le résultat de ces interventions?

Résultats récents de la recherche

Les recherches sur les traitements des enfants d'âge préscolaire ayant reçu un diagnostic de TOP ou de TC sont nettement moins nombreuses que celles portant sur les enfants d'âge scolaire. Les évaluations effectuées à ce jour suggèrent que la formation des parents est le traitement le plus efficace pour réduire l'agressivité chez les jeunes enfants (deux à cinq ans). Environ 2/3 des enfants ainsi diagnostiqués peuvent obtenir des pointages dans la moyenne à des mesures normalisées pour ce qui est de l'agressivité et des compétences sociales. De plus, ils maintiennent ces résultats entre un et quatre ans après l'intervention. Les études utilisant des groupes témoins à répartition aléatoire ont fourni des résultats significatifs dans le cas de quatre programmes destinés aux parents, soit *Parent–Child Interaction Therapy*,[15] *Cope*,[16] *Incredible Years*,[17] et *Helping the Noncompliant Child*.[18] En ce qui a trait aux habiletés sociales, à la régulation affective de l'enfant et aux traitements visant la résolution de problèmes, seulement deux études utilisant des groupes témoins dans cette catégorie d'âge ont diminué l'agressivité et favorisé les compétences sociales et affectives chez les enfants qui avaient reçu un diagnostic de trouble du comportement (c'est-à-dire *Incredible Years' Dinosaur Curriculum*).[13,14,19,20] Ainsi, la formation auprès des enfants est prometteuse, mais il est nécessaire d'effectuer davantage de recherche. Trois programmes de formation d'enseignants ont conduit à une diminution de l'agressivité par les pairs en classe comparés aux classes des groupes témoins. Ces programmes sont *CLASS*,[21] *PASS*,[22] et *Incredible Years Teacher Training program*.[23,24] D'autres programmes de formation des enseignants avec des enfants d'âge scolaire (six à douze ans) ont produit des améliorations significatives en ce qui a trait aux comportements agressifs (par exemple, réf. 25).

Conclusions

La période préscolaire semble cruciale pour la réduction ou pour la cristallisation de l’agressivité. Malheureusement, la majorité des programmes d’intervention sur l’agressivité sont introduits pendant la période scolaire ou pendant l’adolescence. Ces programmes surviennent trop tard dans le processus développemental de l’agressivité. En effet, comme la socialisation de l’agressivité se produit pendant les années préscolaires, on s’attendrait à ce que ces programmes aient le plus grand impact sur les enfants pendant cette période. Les traitements validés de façon empirique et qui s’adressent aux enfants d’âge préscolaire aux prises avec les problèmes mentionnés plus haut suggèrent qu’en travaillant avec les parents, les enseignants et les enfants, les compétences sociales et affectives peuvent être améliorées, l’apparition précoce de l’agressivité peut être considérablement réduite et que les résultats obtenus peuvent se maintenir. Par conséquent, en intervenant tôt, on pourrait corriger la trajectoire des problèmes précoces de comportement qui mènent à la délinquance chez les adolescents et à des comportements antisociaux chez les adultes.

Implications

Pour ce faire, les dispositions suivantes sont nécessaires :

- Investir dans des interventions auprès de parents, validées empiriquement, et ayant démontré leur capacité à réduire l’agressivité chez les jeunes enfants avant l’âge de six ans. Rendre ces interventions accessibles aux populations à haut risque et aux parents dont les enfants présentent des problèmes de comportement agressif.
- S’assurer que chaque enfant qui fréquente un service de garde ou une maternelle a accès à un enseignant qui a reçu une formation en stratégies de gestion de classe et en habiletés relationnelles, formation basée sur des résultats de recherches rigoureuses.
- Dans le cas des enfants de familles à faibles revenus, en services de garde ou préscolaires, se concentrer sur des interventions en classe, validées empiriquement et destinées à renforcer les habiletés sociales et émotives.

Pour les enfants à haut risque avec des problèmes de comportement agressif, être attentif aux interventions validées empiriquement qui ciblent des facteurs de risque multiples, incluant les parents, les enseignants et les enfants.

Références

1. 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.
2. Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisted. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1999;9(1):8-23.
3. Webster-Stratton C, Hammond M. Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review* 1998;1(2):101-124.
4. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
5. Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin* 1994;115(1):28-54.
6. White JL, Moffitt TE, Earls F, Robins L, Silva PA. How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology* 1990;28(4):507-533.
7. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
8. Eron LD. Understanding aggression. *Bulletin of the International Society for Research on Aggression* 1990;12:5-9.
9. Bullis M, Walker HM, eds. *Comprehensive school-based systems for troubled youth*. Eugene, Ore: University of Oregon, Center on Human Development; 1994.
10. Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):217-226.
11. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(1):7-18.
12. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, Ramey SL, Shure MB, Long B. The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 1993;48(10):1013-1022.
13. 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.
14. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33(1):105-124.
15. Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;31(1):83-91.
16. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization,cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(7):1141-1159.
17. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor TK, Tingley C. *The incredible years: Parent, teacher, and child training series*. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence; 2001. Blueprints for Violence Prevention Series, Book Eleven, BP-011.
18. Forehand R, Rogers T, McMahon RJ, Wells KC, Griest, DL. Teaching parents to modify child behavior problems: An examination of some follow-up data. *Journal of Pediatric Psychology* 1981;6(3):313-322.

19. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):943-952.

20. Shure MB. Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works*. Thounsand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997;6:167-188

21. Hops H, Walker HM, Fleischman DH, Nagoshi JT, Omura RT, Skindrud K, Taylor J. CLASS: A standardized in-class program for acting-out children. II. Field test evaluations. *Journal of Educational Psychology* 1978;70(4):636-644.

22. Greenwood CR, Hops H, Walker HM, Guild JJ, Stokes J, Young KR, Keleman KS, Willardson M. Standardized classroom management program: Social validation and replication studies in Utah and Oregon. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1979;12(2):235-253.

23. Reid MJ, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the Incredible Years Intervention for Oppositional Defiant Disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Journal of Abnormal Child Psychology*. In press.

24. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.

25. Kellam SG, Ling XG, Merisca R, Brown CH, Ialongo N. The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology* 1998;10(2):165-185.