

[Archived] Interventions préventives qui réduisent l'agressivité des jeunes enfants

Celene E. Domitrovich, Ph.D., Mark T. Greenberg, Ph.D.

Pennsylvania State University, États-Unis

Septembre 2003

Introduction

Au cours des cinq dernières années, la prévention des troubles de santé mentale et la promotion de la santé mentale ont considérablement augmenté à la fois en Amérique du Nord et à l'étranger. En 1999, la Fédération mondiale pour la santé mentale et la *Clifford Beers Foundation* (en collaboration avec le *Carter Center*) ont organisé la *Première conférence mondiale pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et comportementaux*. Aux États-Unis, le plus récent rapport du *US Surgeon General* traitait de la santé mentale et insistait sur l'importance de la prévention.¹ Comme la science de la prévention a pris de l'ampleur et que davantage d'interventions se sont révélées efficaces pour réduire les risques de troubles de santé mentale et pour promouvoir la santé, les gouvernements et les fondations privées ont changé leurs priorités en faveur de la subvention de ce type de programmes. En conséquence, le besoin d'information exacte provenant de résumés de recherches a augmenté, et de nombreux rapports,

recensions et systèmes de classement sont apparus afin d'identifier ces programmes et de diffuser l'information au public.²⁻⁴

Sujet

L'agressivité, et l'ensemble des comportements négatifs (comme les comportements oppositionnels ou destructeurs) qui l'accompagnent généralement, fait partie des problèmes de santé mentale les plus graves et les plus répandus pendant l'enfance.⁵ En effet, l'agressivité est souvent la caractéristique principale à la fois du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites.^{6,7} Plusieurs des problèmes sociétaux les plus coûteux et les plus dommageables (par exemple, la délinquance, l'abus de substances et les troubles mentaux chez l'adulte) ont pour origine les problèmes précoces des conduites. Ces problèmes, en particulier lorsqu'ils apparaissent pendant la jeune enfance, sont extrêmement stables et prédictifs de faibles résultats. En effet, approximativement la moitié des enfants chez lesquels on a détecté des problèmes de comportement au niveau préscolaire continuent à manifester ce modèle de comportement pendant l'enfance et au début de l'adolescence.^{8,9}

Problèmes

L'agressivité et les problèmes des conduites en général sont difficiles à prévenir parce qu'ils sont déterminés par de multiples facteurs et maintenus à l'intérieur de systèmes écologiques variés (famille, groupe de pairs, école). Les facteurs de risque associés à ces problèmes de comportement ont tendance à se cumuler et les facteurs de risque propres à un stade développemental donné ont tendance à augmenter les risques lors des phases subséquentes.^{10,11}

Bien que les facteurs de risques génétiques et biologiques augmentent certainement les risques pour certains enfants, les conditions environnementales augmentent considérablement le risque de problème de santé mentale chez l'enfant, incluant l'agressivité. Les situations économiquement et socialement défavorables sont directement reliées au fonctionnement de l'enfant, mais elles l'affectent aussi indirectement par des mécanismes variés, incluant la santé mentale des parents et les pratiques parentales.¹²

Les parents d'enfants qui ont des problèmes de comportement ont tendance à avoir plus de difficultés à gérer le comportement de leurs enfants. Certains parents sont plus laxistes ou incohérents en terme de discipline, alors que d'autres sont particulièrement hostiles et punitifs. Ces styles peuvent aussi être combinés. Plusieurs parents qui présentent des modèles de

discipline nettement punitive ont des relations avec leurs enfants que l'on décrit par les termes de *cycles coercitifs*. Ces modèles sont particulièrement nuisibles pour les enfants, parce qu'ils renforcent un modèle de comportement négatif et qu'ils leur « enseignent » que l'agressivité et le comportement négatif sont des moyens efficaces pour atteindre leurs objectifs personnels.

Les enfants qui manifestent des niveaux élevés d'agressivité, spécialement dans plus d'un environnement, sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à effectuer des transitions vers l'école et à participer au processus d'apprentissage. Ils ont moins d'habiletés sociales et émotives, ce qui les rend à risque de rejet par les pairs. Leur comportement négatif amoindrit aussi leurs capacités à avoir des relations positives avec leurs enseignants. Le comportement négatif, le faible engagement et le rejet par les adultes et les autres enfants sapent la réussite scolaire, ce qui devient un facteur de risque supplémentaire d'inadaptation future.

Contexte de la recherche

Un certain nombre d'interventions préventives centrées sur l'enfant ont été développées afin de réduire les problèmes de comportement chez les enfants en âge de fréquenter l'école élémentaire, mais les interventions destinées aux enfants âgés de moins de cinq ans sont de loin moins nombreuses. La plupart de ces interventions sont effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire et de leurs familles, à cause de plusieurs facteurs. D'une part, on constate une augmentation développementale des comportements oppositionnels et agressifs autour de l'âge de deux ans, et il est beaucoup plus facile d'évaluer ces comportements de façon fiable et d'identifier les enfants à risque une fois qu'ils ont dépassé cette période développementale (vers l'âge de quatre ans). De plus, étant donné que le développement cognitif, linguistique et émotif des enfants fait des avancées considérables pendant la période préscolaire, à cette période, ils sont mieux équipés pour apprendre les habiletés sociales et émotives qui servent de facteurs protecteurs contre le développement ou la continuation des modèles de comportement agressif.

Il est important de noter que plusieurs interventions préventives, particulièrement celles qui sont centrées sur l'amélioration des habiletés cognitives des enfants, ont aussi réduit l'agressivité chez l'enfant.¹³⁻¹⁹ Ce gain secondaire met en évidence l'interconnexion des systèmes pendant la période préscolaire et illustre la façon dont les facteurs de risque précoces sont liés à de multiples résultats.

Questions clefs pour la recherche

Les questions suivantes importantes pour la recherche ont été mises en évidence dans le domaine de la prévention :

1. En se basant sur les résultats d'essais cliniques à répartition aléatoire, quelles sont les interventions qui se sont révélées efficaces pour réduire les comportements problématiques chez les jeunes enfants ?
2. Dans les études qui évaluent ces interventions, quels résultats proximaux ciblés par l'intervention ont été reliés à des changements de comportement des enfants à long terme ?
3. Est-ce que certaines caractéristiques des participants ou des personnes qui mettent en place l'intervention influencent la nature du résultat ?

Résultats récents de la recherche

La production d'un résumé complet de tous les programmes qui se sont révélés efficaces pour réduire l'agressivité chez les jeunes enfants dépasse le cadre de cet article. Les lecteurs sont donc référés à deux recensions des écrits.^{20,21} De façon générale, les interventions destinées à réduire l'agressivité se répartissent en trois catégories :

1. Les interventions qui sont principalement centrées sur l'enfant et qui tentent de réduire le risque en améliorant les habiletés sociales, émotionnelles ou cognitives.
2. Les interventions qui améliorent le fonctionnement parental, les risques liés aux aptitudes éducatives des parents ou la qualité des relations parent-enfant.
3. Les interventions à composantes multiples qui intègrent plusieurs interventions et qui ciblent des contextes multiples. Nous décrivons un exemple de chaque type de programme.

Les programmes centrés sur l'enfant

Très peu de programmes uniquement centrés sur l'enfant sont offerts. Au minimum, la plupart incluent une composante parentale. En général, les interventions destinées à l'enfant sont offertes dans le cadre de programmes universels au sein des classes, ou en tant qu'interventions ciblant de petits groupes d'enfants. Généralement, ils consistent à enseigner des habiletés aux enfants (sociales, émotionnelles ou de résolution de problèmes) ou à utiliser des systèmes de récompenses pour modifier leur comportement. Un des programmes les plus connus est le curriculum de

résolution de problèmes appelé *I Can Problem Solve*.²²⁻²⁵ Ce programme a fait l'objet d'une évaluation clinique avec un échantillon d'enfants d'âge préscolaire et élémentaire. Ceux à qui on avait dispensé l'intervention produisaient des solutions plus efficaces pour les problèmes et manifestaient un comportement moins perturbateur.²⁶

Programmes centrés sur les parents

Étant donné les facteurs de risque familiaux qui contribuent au développement de l'agressivité de l'enfant, il existe une longue tradition de travail auprès des parents afin d'améliorer leurs pratiques parentales.²⁷⁻²⁹ Les programmes de formation parentale sont généralement offerts à de petits groupes. Un des programmes qui dispose d'une large base de recherche est le *Incredible Years Training for Parents*.³⁰ Ce programme est unique parce qu'il utilise des vidéocassettes et du matériel écrit pour favoriser les relations parent-enfant positives, pour enseigner aux parents comment utiliser des stratégies de discipline positive et pour les aider à apprendre comment soutenir l'apprentissage et la réussite de leurs enfants. Lors d'une évaluation clinique, un échantillon de parents de *Head Start* a participé au programme.³¹ Les résultats ont révélé que les enfants de parents qui avaient suivi l'intervention manifestaient moins de problèmes de comportement, étaient moins négatifs, et que leur affect était plus positif à la fois à fin du programme et un an après.

Programmes à composantes multiples

Bien que les programmes qui ciblent un seul domaine soient importants et utiles, ils ne sont pas aussi efficaces que les interventions à composantes multiples qui intègrent une variété de stratégies pour aborder des sources multiples de risques. Le programme *First Steps*³² est un exemple d'intervention à composante multiple efficace pour réduire l'agressivité chez l'enfant. Ce programme inclut un processus de dépistage complet qui identifie les enfants qui ont des problèmes de comportement importants à la maternelle. L'intervention consiste en une composante d'éducation parentale et en une composante visant à développer des habiletés chez les enfants. Lors d'une évaluation du programme, les enseignants ont décrit les enfants qui avaient participé à l'intervention comme étant moins agressifs dans les étapes post-tests et de suivi quand les enfants étaient en première année du primaire.³²

Conclusions

Le domaine de la prévention est en croissance rapide. Les preuves cumulatives ont montré que les facteurs de risque d'une variété de troubles de santé mentale chez les enfants peuvent être réduits grâce à la prévention.³³ De façon générale, on s'est davantage intéressé à la prévention de problèmes des conduites qu'à celle des comportements associés aux troubles d'internalisation (par exemple, l'anxiété). Malgré cet intérêt, les efforts préventifs ont seulement produit des résultats modestes et très peu d'études ont réellement démontré des diminutions de la prévalence des troubles. De plus, la majorité des interventions préventives qui ciblent les enfants ayant des problèmes de comportement ont été conçues pour les enfants en âge de fréquenter l'école élémentaire plutôt que pour les jeunes enfants. Les résultats les plus solides proviennent de programmes à composantes multiples qui ciblent des domaines multiples, le changement de systèmes et d'environnements ainsi que les individus et les cellules familiales.

Implications

Les termes *génération*, *reproduction* et *mise en oeuvre* sont ceux qui décrivent le mieux l'avenir de la prévention dans ce domaine. Étant donné la stabilité relativement élevée des problèmes de comportement à partir des années préscolaires, des stratégies supplémentaires doivent être développées afin de réduire l'agressivité et les problèmes des conduites chez les enfants. Ces stratégies doivent être évaluées par des essais de grande qualité comprenant des échantillons de taille importante qui représentent diverses communautés. Parmi les programmes qui ont été développés, peu ont été reproduits ou évalués par un chercheur autre que celui qui les a développés. Il s'agit d'une étape cruciale après avoir prouvé l'efficacité d'une intervention par une évaluation clinique initiale. En l'absence de ce type de base de recherche pour chaque programme, il est difficile de tirer des conclusions solides sur leur efficacité. Étant donné les fortes interconnexions entre le développement cognitif, linguistique et social, le développement de modèles de curriculum préscolaires qui intègrent des programmes fondés sur des preuves scientifiques dans les domaines de la cognition, de l'alphabétisation, du langage et de l'apprentissage socioaffectif est très prometteur.

Enfin, comme les cliniciens deviennent plus conscients de l'importance des programmes fondés sur des preuves scientifiques, la demande par rapport à ces interventions va augmenter. Au fur et à mesure que les interventions seront diffusées dans les communautés, le besoin de recherche sur leur mise en œuvre sera continu. La fidélité au programme est primordiale afin de s'assurer que les éléments essentiels de l'intervention sont dispensés. Cependant, les cliniciens doivent aussi être capables d'adapter les interventions pour répondre aux besoins à la fois des

environnements dans lesquels ils travaillent, et aux participants du programme. Ce type de décision devrait se baser sur des recherches. Toutefois, jusqu'à présent, très peu d'interventions de cette nature ont été évaluées de façon complète.

Références

1. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Youth Violence: a Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
2. *Safe schools, safe students: A guide to violence prevention strategies*. Washington, DC: Drug strategies; 1998.
3. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, eds. *Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002. Disponible sur le site: <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/bestpractices.htm> Page consultée le 17 septembre, 2003.
4. Sylvia S, Thorne JT. *School-based drug prevention programs: A longitudinal study in selected school districts. Technical report*. Research Triangle Institute: Research Triangle Park, NC; 1997. Publication #ED416432.
5. Costello EJ, guest ed. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6 Special Issue).
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1990;31(6):871-889.
8. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(9):732-739.
9. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 1978;8(4):611-622.
10. Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and
11. clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track
12. Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.
13. Reid JB, Eddy JM. The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of antisocial behavior*. New York, NY: J. Wiley & Sons; 1997:343-356.
14. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
15. Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, Epstein AS, Weikart DP. *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youth through age 19*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1984.
16. Brooks-Gunn J, Klebanov PK, Liaw F, Spiker D. Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development* 1993;64(3):736-753.
17. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development* 1994;65(2):684-698.

18. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology* 1987;15(4):375-385.
19. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR. Results at age 8 years of arly intervention for low-birth-weight premature infants: The infant health and development program. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1997;277(2):126-132.
20. Schweinhart LJ, Weikart DP, Larner MB. Consequences of three preschool curriculum models through age 15. *Early Childhood Research Quarterly* 1986;1(1):15-45.
21. Schweinhart LJ, Weikart DP. The High/Scope Preschool Curriculum Comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly* 1997;12(2):117-143.
22. Bryant D, Vizzard LH, Willoughby M, Kupersmidt J. A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education & Development* 1999;10(1):47-68.
23. Olds D, Robinson J, Song N, Little C, Hill P. *Reducing the risks for mental disorders during the first five years of life: A review of preventive interventions*. Report submitted to the Center for Mental Health Services (SAMHSA). Denver, Colo: Prevention Research Center for Family and Child Health, University of Colorado Health Sciences Center; 1999.
24. Shure MB. *Preschool*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
25. Shure MB. *Kindergarten and primary grades*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
26. Shure MB. *Intermediate elementary grades*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
27. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1980;1(1):29-44.
28. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving in young children: a cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 1982;10(3):341-356.
29. Forehand R, Breiner J, McMahon RJ, Davies G. Predictors of cross setting behavior change in the treatment of child problems. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1981;12(4):311-313.
30. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 1982;13(5):638-650.
31. 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 & Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.
32. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor T, Tingley C. *The Incredible Years: Parent, Teacher And Child Training Series (IYS)*. Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder; 2001. *Blueprints for Violence Prevention, Book Eleven*.
33. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
34. Walker HM, Kavanagh K, Stiller B, Golly A, Severson HH, Feil EG. First step to success: an early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1998;6(2):66-80.

35. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. *Effectiveness of Prevention Programs for Mental Disorders in School-Age Children*. Eric Report EDRS: 2000. AN:ED464464.