ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Prévention précoce de l’agressivité chez les enfants dans les pays en voie de développement

Luis Fernando Duque, M.D., M.S.P., Alexandra Restrepo, M.D., M.Sc.

PREVIVA, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombie

Février 2012

Introduction

Les manifestations de violence sont considérablement plus communes dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Les plus hauts taux de morts violentes au monde se trouvent en Afrique et en Amérique latine.[1] On observe aussi des problèmes d’agressivité et de comportement dès l’enfance dans les pays pauvres comme le Brésil,[2] l’Égypte[3] et la Colombie.[4-6] On constate donc l’importance d’offrir des programmes de prévention de la violence dans les pays en développement. Pour prévenir la violence, de tels programmes doivent être efficaces et durables, miser sur les ressources de ces pays et y être culturellement acceptés.

Importance du sujet

Tant dans les pays développés[7-9] que dans les pays en voie de développement,[10] il a été documenté que l’agressivité précoce est un prédicteur de criminalité et de violence pendant la

©2012-2026 ABILIO | VIOLENCE SOCIALE

jeunesse et l'âge adulte. C'est aussi un prédicteur d'autres comportements qui menacent la vie sociale et personnelle, comme l'abus de drogues, l'alcoolisme, la piètre réussite scolaire, le tabagisme, les relations sexuelles non protégées, les grossesses à l'adolescence, la violence familiale et les problèmes au travail.[7-9]

Ces comportements à risque tendent à se manifester en grappe chez certains individus et peuvent être considérés comme des comorbidités[11] ayant des causes communes.[12] Cette constatation de base permet d'inférer sur la possibilité de développer des programmes de prévention précoce de la violence qui auraient aussi des effets sur d'autres comportements risqués ou, autrement dit, des programmes polyvalents ayant plusieurs buts. Cette approche est particulièrement attrayante pour les pays en voie de développement, puisqu'elle permet d'éviter le maintien d'une série de programmes parallèles cherchant tous à prévenir des comportements à risque spécifiques (par ex. l'abus de drogue, l'alcoolisme, l'appartenance à un gang, etc.) et qu'elle réduit le dédoublement des dépenses, de l'administration et des coûts associés. Il a été documenté que cette approche est envisageable dans les pays développés[13-15] et sous-développés, [16-21] mais nous aurons besoin de résultats scientifiques plus nombreux et de meilleure qualité à ce sujet.

Les comportements mentionnés précédemment présentent des risques pour la vie personnelle et sociale et sont associés à plusieurs des principales causes de maladie, d'invalidité et de décès dans les pays en voie de développement. Ces causes incluent les morts violentes, les blessures, la violence interpersonnelle, les accidents de la route, plusieurs types de cancer, les maladies du poumon, les maladies transmissibles sexuellement et le VIH/SIDA.[22-25] Une autre association importante est le lien entre l'agressivité précoce, d'une part, et les problèmes d'apprentissage[26] et le décrochage scolaire,[27] d'autre part. Ces conséquences entravent le développement personnel et social et nuisent à l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (de l'ONU) selon lequel les enfants du monde devraient tous compléter au moins une éducation primaire.

Ainsi, certaines causes communes expliquent à la fois le comportement des jeunes enfants, leur capacité d'apprentissage et l'état de leur santé plus tard au cours de la vie. Ces causes profondes incluent, de façon très significative, l'iniquité sociale,[28] qui est paradoxalement beaucoup plus prévalente dans les pays pauvres que dans les pays riches;[1] le type d'éducation et de parentage et la relation des enfants avec leurs parents;[29,30] et l'environnement physique, social et économique du quartier ou du milieu dans lequel vit l'enfant.[31,32] Il y a une forte probabilité que

les enfants soumis à un stress social et familial en subissent de sérieuses conséquences tout au long de leur vie (par ex. problèmes d'apprentissage, de productivité économique et de santé et réduction de l'espérance de vie).[12]

Même si la prévalence des problèmes de comportement est élevée chez les enfants des pays en voie de développement et que les facteurs de risque y sont nombreux, très peu d'études provenant de ces pays ont évalué l'efficacité des programmes de prévention précoce ciblant les comportements à risque.[33]

Problèmes

1. Il y a peu de résultats scientifiques disponibles sur l'efficacité des programmes de prévention précoce ciblant l'agressivité et les comportements à risque dans les pays en voie de développement.
2. Les évaluations qui ont été menées présentent des lacunes sur le plan des outils de mesures et de la méthodologie d'évaluation.
3. Lorsque des programmes provenant des pays développés sont implantés dans les pays en voie de développement, ils ne sont souvent pas adaptés adéquatement au contexte culturel de ces pays.

Contexte de la recherche

Les évaluations de l'efficacité des programmes de prévention précoce qui ciblent l'agressivité sont limitées dans les pays en voie de développement et on en connaît peu sur les bonnes stratégies pour réaliser de telles évaluations. Il y a aussi peu de ressources disponibles pour ces travaux et l'intérêt des décideurs concernés à subventionner ce type d'initiative est faible. Cependant, il est important de noter que, dans une étude sur les priorités de recherche des décideurs des pays à revenu faible et moyen, les problèmes de santé mentale constituaient la quatrième plus importante priorité de recherche.[34]

Questions de recherche clés

Quel est l'effet des programmes de prévention de l'agressivité précoce dans les pays en voie de développement?

Devrait-on cibler dans ces pays les mêmes facteurs de risque et de protection que dans les pays développés? Quels facteurs de risque devraient être ciblés?

Est-il possible d'implanter dans les pays en voie de développement des interventions qui sont utilisées dans les pays développés?

Résultats de recherche récents

Parmi 30 interventions fructueuses menées dans les pays en voie de développement, 27 ont été évaluées avec des méthodes expérimentales ou quasi-expérimentales, dont 18 après l'an 2000. Nous avons trouvé des interventions adressées aux parents,[17,20,21,35-46] des interventions impliquant les enseignants de l'école[47,48] et quatre études ayant combiné ces deux types d'intervention.[16,18,49,50] Deux études reposaient sur des interventions cliniques destinées aux parents[51,52] et quatre interventions ont intégré des services de santé, de nutrition et de développement psycho-social.[19,20,53-55] La majorité des programmes ciblaient de petits groupes d'enfants présentant des troubles de conduite ou des facteurs de risque et quelques-uns ciblaient des secteurs plus larges de la population infantile.[19,41,44]

La plupart des évaluations ont montré que les programmes avaient des impacts positifs sur la conduite des enfants, notamment une diminution des implications dans les batailles et une réduction des comportements agressifs,[16,18,21,47,50] une amélioration du comportement pro-social,[16,18] une meilleure gestion des émotions[17,47,55] et un meilleur développement psycho-social.[17,47,55] En ce qui concerne les effets sur les parents, certaines interventions ont entraîné une réduction des châtiments corporels,[16,17] de meilleures interactions parent-enfant[36,38,44-46,52] et une compréhension améliorée de l'enfant et de ses besoins.[37,43,48,55] Également, des études ont montré une amélioration de l'habileté des professeurs à répondre aux besoins variés des enfants.[47,56]

Les évaluations des programmes ont été réalisées avec une large variété d'instruments de mesure des variables. Dans plusieurs cas, ces instruments n'avaient pas été correctement validés. La plupart des échantillons étaient très petits, ce qui limite l'analyse de variables confusionnelles et interactives potentielles et décroît la puissance statistique. Certains chercheurs ont mesuré l'effet direct des programmes sur les enfants, alors que d'autres se sont attardés sur leurs effets intermédiaires sur les comportements et les pratiques des enseignants et des parents. La plupart des chercheurs n'ont pas rapporté les biais potentiels et les limites de leur étude. Des effets positifs sur le comportement des enfants, des enseignants et des parents

ont été rapportés dans la plupart des études. Des effets nuisibles ont été rapportés suite à deux interventions; dans les deux cas, il semble qu'ils aient été dus aux difficultés à implanter le programme.[41,49]

Lacunes de la recherche

Nous recommandons les étapes suivantes pour surmonter les lacunes de la recherche majeures qui ont été identifiées ci-dessus :

1. Accroître la recherche sur l'efficacité des programmes de prévention précoce des comportements à risque dans les pays en voie de développement, en considérant le contexte socio-culturel de ces pays. Il est important d'inclure les chercheurs locaux dans ces recherches, comme auteurs ou coauteurs significatifs; si on les considère comme de simples collaborateurs ou collecteurs de données, la recherche en sera affaiblie.
2. Valider rigoureusement les instruments utilisés pour évaluer les problèmes comportementaux des enfants et les pratiques, croyances et attitudes des parents et des enseignants, pour qu'ils puissent être utilisés dans l'évaluation de l'efficacité des interventions précoces visant à prévenir l'agressivité ainsi qu'en milieu clinique.

Conclusion

Il est possible de mener des programmes de prévention précoces fructueux qui ciblent les comportements à risque des enfants dans les pays en développement. La majorité des enfants qui affrontent un stress économique, social et familial dans le monde vivent dans ces pays.

Cependant, peu d'études ont évalué l'efficacité de tels programmes dans ces pays, et les études disponibles présentent certaines limites communes, comme la petite taille des échantillons, les failles méthodologiques et le manque de validité des instruments de mesure utilisés.

Parmi les évaluations de programme qui ont été menées, la plupart montrent une amélioration des connaissances et des pratiques des parents et des comportements des enfants suite à l'intervention. Nous devons encourager l'évaluation de ces programmes, en insistant sur la prise en considération du contexte socio-culturel des pays concernés.

Implications pour les parents, les services et les politiques

©2012-2026 ABILIO | VIOLENCE SOCIALE

Les décideurs politiques doivent disposer de bases scientifiques solides pour établir des politiques et programmes qui favorisent la prévention précoce des comportements à risque. Ils devraient développer des programmes polyvalents à plusieurs facettes et favoriser la réalisation d'études sur leur efficacité dans les pays en développement. Ceci nécessite une alliance entre les politiciens, les chercheurs et la communauté publique.

Un point très important pour rendre légitimes les politiques et programmes publics est la manifestation de la préférence des parents pour les programmes de prévention précoce qui sont polyvalents, qui ciblent des comportements à risque variés et qui sont basés sur de solides résultats scientifiques locaux. Pour les parents des pays en voie de développement, l'implantation de telles interventions polyvalentes sensibles à la culture locale représente une opportunité d'améliorer leurs pratiques éducatives et de favoriser le développement de leurs enfants.

Les institutions académiques devraient accroître leurs compétences en ce qui concerne les méthodes d'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention précoce qui ciblent les comportements à risque dans les pays en développement.

L'implantation d'interventions pour prévenir les comportements à risque pourrait aider à briser le cycle de la violence dans plusieurs pays victimes de générations de conflit armé et de groupes criminels, où les initiatives destinées à reprendre le contrôle public n'ont pas été efficaces. Soulignons que, pour créer un changement dans une société, il faut implanter des programmes à long terme fondés sur des politiques publiques larges, qui rejoignent les groupes les plus vulnérables.

Références

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozaro R. *La violencia, un problema de salud pública. Informe mundial de violencia y salud*. Ginebra: OMS; 2002:11-12.
2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatic disorders in southeast Bazil. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry*. 2004;43(6):727-734.
3. Elhamid AA, Howe A, Reading R. Prevelnce of emotional al behavioural problems among 6-12 years old children in Egypt. *Soc Psychiatry Psychatr Epidemiol*. 2009;44:8-14.
4. Agudelo LM, Giraldo CA, Gaviria MB, et al. *Caracterísiticas de las familias y las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en nios y niños de 3 a 11 años*. Medellín: Editorial Marín Vieco; 2002.
5. Duque LF, Restrepo A, montoya NE. *Línea de base del programa e implementación del programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud. Medellín: Secretaría de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia; 2011.*

6. Duque LF, Klevens J. La violencia en Itagüí, Antioquia: II. Factores asociados. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* . 2001;6, número - Bogotá, D.C. - 15 de junio del 2001(11):161-170.

7. Côté S, Tremblay RE, Nagin DS, Zoccolillo M, Vitaro F. Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder: Risk Trajectories for Boys and Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1086-1094.

8. Loeber R, Hay D. Keyissues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:371-410.

9. Nagin DS, Tremblay R. Trajectories of boys' physical aggression, opposition and hyperactivity of path to physically violent and noviolent juvenile delinquency. *Child development*. 1999;70(5):1181-1196.

10. Anselmi L, Barros FC, Teodore MLM, et al. Continuity of behaviorial and emotional problems from pre-schoo years to pre-adolecence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):499-507.

11. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:155–177.

12. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232-e246.

13. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Benett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Library*. 2010;3:1-91.

14. Bernazzani O, Tremblay RE. Early parent training. In: Welsh BC, Farrintong DP, eds. *Preventing crime. What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer; 2006;21-32.

15. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennin WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*. 2009 5:83-120.

16. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, J. K. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2007;21(1):21-29.

17. Fayyad JA, Farah L, Cassir Y, MM; S, Karam EG. Dissemination of an evidence-base intervention to parents of children with behavioral problems in a developing county. *European Journal of Adolescent Psychiatry*. 2010;19:629-636.

18. Klevens J, Martinez JW, Le B, Rojas C, Duque A, Tovar R. Evaluation of interventions to reduce aggressive and antisocial bahavior in first and second grades in a resource-poor setting. *Internationa Journal of Educational Research*. 2009;48:307-319.

19. Perez-Escamilla R, Pollitt E. Growth Improvements in Children above 3 Years of Age: The Cali Study. *Journal of Nutrition*. 1995;125(4):885-893.

20. Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N, et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Americal Journal of Clinical Nutrition*. 1981;34:797-803.

21. Walker S, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent. *Pediatrics*. 2011;127:849.

22. World Bank, Oxford University Press. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: Oxford University Press; 2006.

23. Sly DF, Quadagno D, Harrison DF, Eberstein I, Riehman K. The asoociation between substance use, condom use and sexual risk among low-income women *Family planning perspectives*. 1997;29(3):132-136.

24. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlman DC. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21:20-27.

25. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and ilicit drugs. *Drug and Alcohol Reviews*. 2006;25:515-536.

©2012-2026 ABILIO | VIOLENCE SOCIALE

26. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, et al. School Dropout and Conduct Disorder in Brazilian Elementary School Students. *Can J Psychiatry*. 2001;46:941-947.

27. Townsend L, Flisher AJ, Chikobvu P, Lombard C, King G T. The relationship between bullying behaviours and high school dropout in Cape Town, South Africa. *South African Journal of Psychology*. 2008;38(1):21-32.

28. Martin D, Margo W, Shawn V. Income inequity and homicide rates in Canada and United Estates. *Canadian Journal of Criminology* 2001;219:219-236.

29. Duque LF, Motoya N. *La violencia en el Valle de Aburá. Caminos para al superación*. Medellín: Catedrá litográfica; 2008.

30. Farrington DP, Welsh BC. *Saving children from a life of crimen. Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press; 2007.

31. Morenoff JD, Sampson RJ, Raudenbush SW. Neighborhood inequality, collective efficacy, and the spatial dynamics of urban violence. *Criminology*. 2001;39(3):517–558.

32. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Reveiw of Sociology*. 2002;28:443-478.

33. Lucas PJ. Some reflections on the rhetoric of parenting programmes: evidence, theory, and social policy. *Journal of Family Therapy*. 2011;33:181-198.

34. Sharan P, Gallo C, Gureje O, et al. Mental health research priorities in Low- and Middle income countries of Africa, Asia, Latina America and the caribbean. BJP. 2009;195:354-363.

35. Cooper C, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived commmunity in South Africa: randomised controlled trail. *BMJ*. 2009;338 b974.

36. Cooper C, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L. Impact of mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:76-81.

37. Jin X, et al. Care for Development" intervention in rural China: a prospective followup study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;3:213-218.

38. Kagitcibasi C, Sunar D, Bekman S. Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Applied Developmental Psychology*. 2001:333-361.

39. Klein P, Rye H. Interaction-oriented Early Intervention in Ethiopia: The MISC Approach. *Infants & Young Children*. 2004.;4:340-354.

40. Magwaza A, Edwards S. An evaluation of an integrated parent-effectiveness training and children's enrichment programme for disadvantaged families. SouthAfrican *Journal of Psychology*. 1991;1:21-25.

41. Porter LS, Youssef M, Shaaban I, Ibrahim W. Parenting enhacement among Egyptian mothers in a tertiary care setting. Pediatric nursing. 1992;18(4):329-336.

42. Powell C, Grantham-McGregor S. Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*. 1989:157-164.

43. Rahman A, et al. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health & Development*. 2009;35(1):56-62.

44. Santelices MP, Guzman M, Aracena M, et al. Promoting secure attachment: evaluation of a effectveness of an early intervention pilot programme with mother -infant dyads in Santiago, Chile. *Child: care, health and development*. 2010;37(2):203-210.

45. Teferra T, Tekle L, Klein P. Mediational intervention for sensitizing caregivers: Ethiopia Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach. Vol 95-112. New York: Garland; 1996.

46. Van Wyk J, Eloff M, Heyns P. The evaluation of an integrated parent-training program. *The Journal of Social Psychology* 1983;121(2):273-281.

47. Pérez V, Rodríguez J, De la Barra F, Fernández AM. Efectividad de una Estrategia Conductual Para el Manejo de la Agresividad en Escolares de Enseñanza Básica Psykhe. 2005;14(2):55-62.

48. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):624-631.

49. Chaux E. Citizenship Competencies in the Midst of a Violent Political Conflict: The Colombian Educational Response. *Harvard Educational Review*. 2009;79(1):84-93.

50. Peteren JJ, Carolissen R. Working with aggresive prscholers. In: D Donald, A Dawes, J Louw, eds. *Addressing childhood adversity*. Cape Town: David Philips; 2000:94-112.

51. Oveisi S, et al. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: A randomized-controlled trial. *Child Abuse and Neglect*. 2010;3: 206-213.

52. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction *Child Development*. 1999;3:713-721.

53. Aboud FE. Evaluation of an Early Childhood Parenting Programme in Rural Bangladesh. *Journal Health Population Nutrition*. 2007;25(1):3-13.

54. Aracena M, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*. 2009;7:878-887.

55. Hamadani JD, Huda SN, Khatun F, Grantham-McGregor SM. Psychosocial Stimulation Improves the Development of Undernourished Children in Rural Bangladesh. *Journal of Nutrition*. 2006;136:2645-2652.

56. Baker-Henningham H, Walker S. A qualitative study of teachers' perceptions of an intervention to prevent conduct problems in Jamaica pre-schools. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):632-643.