

17

Programmes de prévention

De manière générale, la prévention vise à diminuer l'incidence et la prévalence des pathologies au sein de la population. Dans le cadre de cette expertise, les mesures destinées à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas de trouble des conduites seront plus spécifiquement développées. Par définition, les interventions préventives ciblent des personnes ne répondant pas encore aux critères diagnostiques de ce trouble et cherchent à agir sur les facteurs de risque et de protection de la pathologie. Trois types de prévention peuvent être différenciés en fonction des caractéristiques des personnes à qui s'adresse le programme de prévention, et plus particulièrement en fonction des facteurs de vulnérabilité qui leur sont associés :

- la « prévention universelle » porte sur la population en général ou un sous-groupe de la population ne présentant pas de risque associé au trouble des conduites ;
- la « prévention sélective » s'adresse à des individus (ou à des groupes) qui sont à risque du fait de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux. Les interventions de prévention sélective du trouble des conduites ciblent, par exemple, des personnes habitant dans des zones urbaines sensibles, des enfants de parents en situation de précarité, des enfants de jeunes mères célibataires, des enfants vivant dans un climat familial conflictuel, des enfants ayant des parents souffrant d'addiction...
- la « prévention indiquée » cible des individus (ou des groupes) présentant des facteurs de risque individuels et/ou manifestant des premiers symptômes. Les programmes de prévention indiquée du trouble des conduites s'adressent, par exemple, à des jeunes en échec scolaire, à des enfants manifestant des comportements impulsifs et/ou agressifs, à des enfants présentant un diagnostic de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et/ou trouble oppositionnel avec provocation (TOP).

Notion de programme validé empiriquement : aspects méthodologiques

Différents critères doivent être remplis afin qu'un programme de prévention puisse être considéré comme validé et qualifié d'« *evidence based program* »

(SAMSHA¹ ; *US Department of Health and Human Services*, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001 ; LeMarquand et coll., 2001).

Tout d'abord, les méthodes d'intervention auxquelles font appel les programmes validés s'appuient sur une ou plusieurs théories de référence. Par exemple, le *Seattle Social Development Project* est basé sur le *Social development Model* (Hawkins et coll., 1992), le *Montreal Prevention Experiment* sur un modèle des comportements antisociaux et sur un modèle développé par l'*Oregon Social Learning Center* (Patterson et coll., 1975 ; Patterson, 1982) et le programme *Fast Track* sur la théorie développementale du trouble des conduites (*Conduct Problems Prevention Research Group*, 1992). De plus, afin qu'un programme soit considéré comme validé, il est nécessaire que le contenu de l'intervention soit largement détaillé dans un manuel et que les implantations réalisées soient en adéquation avec ce dernier. Ainsi, une évaluation du processus d'implantation (ou contrôle de qualité) est toujours associée à la mise en place du programme.

Enfin, un programme validé a fait la preuve de son efficacité. Des données scientifiques d'évaluation de résultats sont disponibles (articles scientifiques, rapports de recherche détaillés...). Pour que l'efficacité d'un programme soit considérée comme démontrée scientifiquement, différents critères doivent être réunis. L'évaluation du programme est réalisée à l'aide d'un protocole expérimental rigoureux. Un groupe de personnes ayant participé à l'intervention est comparé à un groupe témoin n'ayant pas bénéficié du programme à l'aide d'un essai randomisé et contrôlé (répartition aléatoire des personnes dans les groupes) ou, au minimum, d'un plan quasi-expérimental (équivalence des groupes contrôlés). Les effets ou événements collatéraux sont contrôlés et le taux d'abandon des participants est faible. Des analyses comparant les sujets qui participent au programme à ceux qui abandonnent sont réalisées. Les instruments de mesure sont fidèles et valides et adaptés aux phénomènes évalués. On distingue généralement les mesures de résultat, les mesures associées aux variables médiatrices et les mesures associées aux variables modératrices.

En ce qui concerne l'évaluation des programmes de prévention du trouble des conduites, les mesures de résultat portent sur les comportements agressifs et antisociaux. Elles sont réalisées à partir de questionnaires remplis par les enseignants (par exemple, *Missouri children's Behavior Checklist* : Sines et coll., 1969), les parents (sous-échelles agression et délinquance de la *CBCL* : Achenbach, 1991 ; *Parent Daily Report* : Chamberlain et Reid, 1987) ou les jeunes eux-mêmes (*Scale of the Youth Self-Report* : Achenbach et coll., 1987). Les mesures de résultat peuvent aussi être établies à partir d'observations directes (*Disruptive and aggressive off-task behaviour on classroom observations* :

¹. *Substance abuse and mental health service administration*. Département des services de santé des Etats-Unis. Site internet: <http://samhsa.gov>

Allen et coll., 1976 ; *Teacher Observations of Classroom Adjustment-Revised* : Werthamer-Larsson et coll., 1991). Les rapports officiels de police ou de justice peuvent aussi être utilisés dans le cadre de l'évaluation de résultat. Des indicateurs en lien avec des variables médiatrices sont souvent intégrés au protocole de recherche. Ils renvoient à l'ensemble des facteurs de risque et de protection et peuvent donc être très diversifiés. Citons comme exemples : des mesures psychologiques (*Children's Depression Inventory* : Kovacs, 1981 ; *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* : Reynolds et Richmond, 1979), des mesures pour évaluer l'estime de soi (*Self Evaluation Questionnaire* : Dubois et coll., 1993), des mesures en lien avec les comportements de la mère (*Interpersonal Process Code* : Rusby et coll., 1991) et des mesures sur les pairs (*Peer preferred Social Behavior subscale of the Walker-McConnell Scale of Social Competences and School Adjustment* : Reid et coll., 1999). Des informations concernant la fréquentation de bandes, la consommation de substances psychoactives, les activités sexuelles ou la motivation académique peuvent aussi être recueillies, de même que certaines données en lien avec des variables modératrices telles que le QI, le statut socio-économique, les événements de vie, les conduites addictives des parents...

Les mesures de résultats et celles associées aux variables médiatrices sont réalisées à différents temps : avant l'intervention (pré-test), immédiatement après l'intervention (post-test) et quelque temps après l'intervention (de quelques mois à plusieurs années : *follow up*). Enfin, les données recueillies à l'aide des instruments doivent être traitées à l'aide d'analyses statistiques appropriées. Les effets établis par ces analyses sont significatifs et positifs sur un certain nombre de variables étudiées. Les effets sont considérés statistiquement significatifs à $p < 0,05$ et la taille d'effet doit être positive (forte à 0,8 ; moyenne à 0,5 ; petite à 0,2). Il est aussi important que les effets soient maintenus à long terme (un minimum d'un an est recommandé). Ces résultats positifs doivent être ensuite répliqués sur plusieurs sites (deux au minimum).

Présentation générale des programmes validés de prévention du trouble des conduites

À l'heure actuelle, il existe peu de programmes de prévention validés portant spécifiquement sur le trouble des conduites (Otto et coll., 1992 ; Domitrovich et Welsh, 2000 ; Greenberg et coll., 2001 ; LeMarquand et coll., 2001 ; *US Department of Health and Human Services*, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001). En effet, la majorité des programmes de prévention ne vise pas à prévenir spécifiquement l'apparition du trouble des conduites, mais cherche plutôt à réduire des symptômes généraux tels que les comportements agressifs, les actes délinquants ou antisociaux, les problèmes de comportements perturbateurs ou la violence en général. Ainsi, moins d'un quart des programmes de prévention validés se donne comme objectif la prévention du

trouble des conduites (par exemple : *Linking the Interests of Families and Teachers, Seattle Social Development Project, Coping Power Program, Fast Track*). En ce qui concerne les mesures d'efficacité utilisées, aucun programme n'a recours aux critères diagnostiques du trouble des conduites (DSM ou CIM) au niveau de l'évaluation d'impact (LeMarquand et coll., 2001). Les mesures de résultats sont réalisées à partir de questionnaires, de grilles d'observation ou de rapports officiels portant sur les comportements agressifs et/ou anti-sociaux.

Globalement, les programmes de prévention cherchent à influencer sur les facteurs de risque. Différents facteurs associés au trouble des conduites peuvent ainsi être la cible de l'intervention préventive. Webster-Stratton et Taylor (2001) distinguent quatre types de facteurs de risque du trouble des conduites intéressant particulièrement le champ de la prévention. Trois de ces facteurs sont associés à la petite enfance et la période préscolaire :

- facteurs liés à l'éducation parentale (*parenting*) : habiletés parentales inefficaces, comportements durs et sévères, peu de régulation, peu de stimulation cognitive...
- facteurs liés à l'enfant : faible capacité de régulation, peu d'habiletés sociales, impulsivité, trouble de l'attention, tempérament difficile, peu de motivation pour aller à l'école, retard de langage et d'apprentissage...
- facteurs familiaux et environnementaux : précarité, parent ayant des activités délictueuses, présentant un abus de substance(s) psychoactive(s), souffrant d'un trouble mental, événements de vie stressants, existence de conflits familiaux...

Ces premiers facteurs sont associés à un quatrième type de facteur de risque du trouble des conduites qui se manifeste un peu plus tard durant l'enfance, à savoir les facteurs liés à l'école et aux pairs : réponse inefficace des enseignants, agression dans la classe, pairs déviants, peu de lien entre enseignants et parents, rejet des pairs...

Ces différents facteurs de risque du trouble des conduites sont aussi reliés à des problèmes apparaissant à l'adolescence tels que la délinquance, la violence, l'abus de substances psychoactives. Ainsi, que ce soit au niveau des interventions préventives ou de la littérature scientifique, ces différentes problématiques sont souvent abordées simultanément. Par exemple, en introduction de leur revue de littérature, Webster-Stratton et Taylor (2001) soulignent que « nous avons rassemblé ces trois types de problèmes (abus de substance, comportements violents et délinquance) du fait que les facteurs de risque sont communs et étroitement reliés les uns aux autres ».

Des centaines de programmes de prévention contre la violence au sens large ont été développés et implantés au cours des trente dernières années, en particulier dans les pays anglosaxons. Cependant, dans le rapport du *US Department of Health and Human Services* (2001) sur la violence, seulement 27 programmes de prévention sont considérés comme validés. Les revues de

littérature s'intéressant plus spécifiquement à la prévention du trouble des conduites font état d'une vingtaine de programmes validés : 20 programmes sur la prévention du trouble des conduites dans la revue de Lemarquand et coll. (2001) et 13 programmes sur les comportements perturbateurs associant trouble des conduites, TDAH, TOP dans la revue de Domitrovich et Welsh (2000). Il est à noter que les programmes sélectionnés dans ces différents documents sont partiellement communs.

Méthodes de prévention validées

Les programmes validés de prévention du trouble des conduites s'appuient sur différentes méthodes d'intervention (tableau 17.1). Celles-ci peuvent être classées en fonction du groupe ciblé. Les méthodes de prévention peuvent ainsi être centrées sur les enfants (ou adolescents), les parents, les enseignants ou l'environnement. Il est également possible de distinguer les méthodes en fonction de la tranche d'âge concernée ; en particulier, celles mises en place durant la petite enfance et celles intervenant plus tardivement, durant l'enfance et l'adolescence.

Les méthodes de prévention validées portant sur la petite enfance (0-3 ans environ) sont centrées principalement sur les parents. Elles se présentent sous la forme de visites à domicile et de soutien à la parentalité. Le plus souvent, ces deux approches sont réalisées conjointement. Ainsi, dans les visites à domicile, un professionnel se rend au domicile de l'enfant et peut proposer un soutien, de l'éducation à la santé, une formation aux habiletés parentales, du *counseling*. Ce type d'intervention s'adresse plus particulièrement aux femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés. Les visites à domicile, avec ou sans programme éducatif précoce pour l'enfant, ont démontré des effets bénéfiques à long terme sur la manifestation de conduites agressives, les actes de délinquance et sur la réduction de facteurs de risque dans de nombreuses études (*US Department of Health and Human Services, 2001*). Il semblerait, cependant, que l'efficacité de cette stratégie de prévention soit dépendante de la durée de l'intervention, du type de professionnel impliqué et du moment de l'implantation. Les programmes s'étalant sur plusieurs années, faisant appel à des infirmières et commençant très précocement (durant la grossesse) seraient les plus efficaces (*Department of Health and Human Services, 2001 ; Tremblay, communication personnelle*).

Les autres méthodes validées sont présentes dans les programmes de prévention visant des enfants et des adolescents âgés de 3 à 16 ans. De même que pour la période préscolaire, les méthodes de prévention validées peuvent être centrées sur les parents. À cet âge, les interventions se présentent le plus souvent sous la forme de formations parentales abordant différentes dimensions sociales, comportementales, cognitives et émotionnelles telles

Tableau 17.1 : Méthodes de prévention validées

Cible	Méthodes	Efficacité et application	Exemples de programme
Enfants et adolescents	Développement des compétences sociales (résolution de problèmes, coping, attitude prosociale...), émotionnelles (gestion de la colère, compréhension des émotions...), cognitives (raisonnement, performances scolaires...)	Est une des méthodes les plus efficaces Plus efficace quand associée à une formation des parents ou des enseignants Appliquée dans tous les programmes : universel, sélectif, indiqué, unimodaux, multimodaux (en particulier à l'école)	<i>Second step</i> <i>Promoting alternative thinking strategies</i> <i>Linking the interests of families and teachers</i> <i>Perry preschool project program</i> <i>Montreal prevention experiment</i> <i>Fast track</i>
Parents	Visites à domicile Soutien à la parentalité : éducation pour la santé, habiletés parentales, <i>counseling</i> ...	Particulièrement efficace durant les périodes périnatale et préscolaire Efficacité démontrée pour des visites fréquentes et sur une longue durée (au moins 2 ans) Plus efficace quand les visites sont faites par les infirmières Appliquée dans les programmes sélectifs et indiqués	<i>Elmira home visitation</i> <i>Perry preschool project program</i>
	Formation parentale : discipline non violente, gestion de la colère de l'enfant, renforcement positif, communication...	À associer avec une autre méthode Appliquée dans les programmes sélectifs et indiqués En groupe ou en individuel À la maison, à l'école, dans un centre de soin...	<i>Linking the interests of families and teachers</i> <i>Montreal prevention experiment</i> <i>Fast track</i> <i>Seattle social development project</i>
Enseignants	Formation des enseignants : enseignement coopératif, management proactif, organisation et discipline plus adaptées, renforcement positif, résolution de problèmes...	À associer à une autre méthode Appliquée dans tous les programmes : universels, sélectifs, indiqués	<i>Incredible years series</i> <i>Seattle social development project</i>
Environnement	Amélioration de l'environnement scolaire : mise en place de tuteur, formation des professionnels, activités dans l'école, développement des liens parents-enseignants...	Plus utilisé dans les programmes universels	<i>Fast track</i> <i>School transitional environment project</i> <i>Olweus bullying program</i>
	Adulte support (<i>mentoring</i>)	Efficace sur une longue période (plusieurs années) Appliquée dans les programmes sélectifs ou indiqués	<i>Big Brother/Big Sister of America</i>

que : gestion de la colère de l'enfant, discipline positive et non violente, éducation parentale compréhensive, renforcement positif, communication parent-enfant efficace, connaissances du développement de l'enfant... Ces formations parentales sont toujours associées à une autre méthode d'intervention. À ce titre, Domitrovich et Welsh (2000) soulignent que ces méthodes ont souvent peu d'impact à long terme si elles sont appliquées seules. Tous les types de programmes peuvent faire appel à ces méthodes de prévention mais ce sont le plus souvent les programmes sélectifs ou indiqués qui y ont recours, en appui à une intervention ciblée sur les jeunes. Ces formations parentales peuvent se dérouler sous différentes formes, en groupe ou en individuel, à la maison, à l'école ou dans un centre de soin.

D'autres méthodes validées sont centrées sur les enfants ou les adolescents et cherchent à développer leurs compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Elles figurent parmi les stratégies les plus connues et les plus efficaces pour prévenir le trouble des conduites et le développement de violences en général (*US Department of Health and Human Services, 2001*). Leur efficacité peut être encore accrue lorsque les programmes de prévention associent à ce volet enfant, une autre méthode d'intervention. Les interventions multimodales sont particulièrement recommandées dans le cadre d'une prévention sélective ou indiquée. Ces méthodes centrées sur les compétences psycho-sociales des jeunes sont souvent partie intégrante d'un programme de prévention ayant lieu à l'école (maternelle, primaire ou collège) (Domitrovich et Welsh, 2000). Elles peuvent être utilisées dans tous les types de prévention (universelle, sélective ou indiquée). Les compétences sur lesquelles se centre l'intervention peuvent être de type social (comportements pro-sociaux, régulation de l'agressivité, résolution de problème, *coping* c'est-à-dire capacités à faire face aux situations, affirmation de soi, capacité de refus, communication, relations avec les pairs...), émotionnel (gestion de la colère, régulation émotionnelle, contrôle de soi, compréhension des émotions, confiance en soi...) ou cognitif (capacité de raisonnement, esprit critique, apprentissages scolaires...) (Domitrovich et Welsh, 2000 ; Greenberg et coll., 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001). Les programmes sélectifs et indiqués mettent particulièrement l'accent sur les compétences psychosociales impliquées directement dans le trouble des conduites et les comportements agressifs en général : capacités d'auto-régulation, gestion de la colère, relations avec les pairs (Domitrovich et Welsh, 2000).

Certains programmes validés proposent des formations pour les enseignants. Cette méthode de prévention est toujours associée à un autre type d'intervention. Elle peut se rencontrer dans tous les types de programmes (universels, sélectifs ou indiqués) et aborder différentes thématiques : enseignement interactif, apprentissage coopératif, management proactif, organisation et discipline plus adaptées, renforcement positif, capacités de résolution de problèmes... D'autres méthodes sont centrées plus globalement sur l'environnement. Elles cherchent, le plus souvent, à modifier l'environnement scolaire

en proposant, par exemple, une formation à l'ensemble des professionnels de l'établissement, de nouvelles activités dans l'école, la mise en place de tuteur pour les élèves, le développement de liens entre les enseignants et les parents... Ces méthodes ont principalement été utilisées dans le cadre de programmes universels. Une intervention visant le soutien d'adultes auprès d'adolescents a aussi fait ses preuves dans le domaine de la prévention de la violence. Dans ce cas, un adulte référent apporte un soutien à un jeune à travers des activités après l'école, des loisirs ou du *mentoring*. Pour que cette approche soit efficace et que le lien entre le jeune et l'adulte puisse se construire, il est important que cette approche s'inscrive dans le temps (Tierney et coll., 1995 ; Greenberg, 2001).

Exemples de programmes de prévention validés

Les programmes validés font appel à une ou plusieurs méthodes d'intervention ; il est alors question de programmes uni- ou multimodaux. Ces programmes peuvent renvoyer aux différents types de prévention : universelle, sélective ou indiquée. Cependant, dans le cas de la prévention du trouble des conduites, les interventions de prévention sélective et indiquée sont rarement différenciées. Il est fréquent qu'un même programme soit utilisé pour ces deux types de prévention. Aussi, dans notre présentation, nous avons distingué, d'une part, les programmes de prévention universelle (tableau 17.II) et, d'autre part, les programmes sélectifs et indiqués (tableau 17.III).

Programmes de prévention universels

Certains des programmes universels s'appuient sur une seule méthode d'intervention. Parmi les programmes universels unimodaux, les plus fréquents sont ceux qui visent le développement des compétences psycho-sociales des enfants et des adolescents (par exemple, le *Second Step* et le *Promoting Alternative Thinking Strategies*, PATHS). Le programme PATHS cible les enfants d'école primaire (6-10 ans) (*Conduct Problems Prevention Research Group*, 1999 ; Greenberg et Kusche 1993, 1996, 1997 et 1998 ; Greenberg et coll., 1995 ; Kam et coll., 2003). Fondé sur le modèle développemental ABCD (*Affective-Behavioral-Cognitive-Dynamic*), ce programme cherche à développer des facteurs de protection psycho-sociaux et à réduire les facteurs de risque associés aux problèmes de comportements et d'adaptation à travers l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés. PATHS est réalisé en classe par des enseignants spécialement formés. Il se compose de 131 sessions regroupées en trois unités et proposées pendant 5 ans : 12 sessions sont centrées sur le développement du contrôle de soi (*Readiness and self-control unit*), 56 sessions portent sur la compréhension des émotions et

des relations interpersonnelles (*Feelings and relationships unit*), 33 sessions développent les 11 étapes de la résolution de problèmes interpersonnels (*Cognitive problem-solving unit*), 30 sessions supplémentaires reprennent et développent les thématiques abordées dans les unités précédentes. Les interventions à l'école sont complétées par des devoirs à la maison. Des lettres d'information sont aussi régulièrement envoyées aux parents. L'ensemble de ce programme est contenu dans un manuel de formation à destination des enseignants. PATHS a été implanté et évalué à différentes reprises, dans des écoles d'enseignement classique et spécialisé. Dans tous les protocoles d'évaluation, des résultats positifs ont pu être mis en évidence deux ans après l'intervention. Les troubles externalisés (évalués avec la CBCL) étaient significativement plus faibles chez les jeunes ayant bénéficié de l'intervention. Une amélioration a aussi été observée au niveau des capacités d'adaptation chez les jeunes inscrits dans un cursus classique et au niveau des troubles internalisés et des symptômes dépressifs chez les jeunes issus d'enseignement spécialisé. Le programme PATHS a été repris et intégré au sein du programme multimodal *Fast track*.

Quelques programmes universels unimodaux visent à modifier l'environnement ; par exemple, le *School Transitional Environment Project* et l'*Olweus Bullying Prevention Program*. Ce dernier programme, développé en Norvège par Dan Olweus, cherche à réduire le niveau d'agression et de conflit dans les établissements primaires et secondaires en agissant sur l'environnement scolaire (Elliot, 1999 ; Olweus, 1989, 1993, 1994 et 1997). Un premier état des lieux des agressions scolaires est effectué à l'aide d'un questionnaire et une conférence présentant ces données est organisée dans le but de favoriser la prise de conscience et de réfléchir aux solutions éventuelles. Un comité est constitué afin de superviser les interventions. Un groupe visant à réguler les comportements des jeunes durant les moments d'interclasse est aussi mis en place. Des interventions sont réalisées dans les classes : mise en place de règles spécifiques contre les brutalités scolaires, ateliers concernant les comportements agressifs et antisociaux. Au niveau individuel, des rencontres ont lieu avec les jeunes victimes et responsables d'agression ainsi que les parents des jeunes impliqués. Une première évaluation de ce programme a été effectuée en 1984-85 à Bergen (Norvège) auprès de 2 500 jeunes issus de 42 établissements scolaires primaires et secondaires à l'aide d'un protocole quasi-experimental. Une diminution significative des agressions a été observée 8 mois et 20 mois après l'intervention (avec une diminution plus prononcée à 20 mois). Environ 50 % de jeunes en moins déclarèrent avoir commis ou avoir été victimes de brutalités (*Olweus Bully/victim Questionnaire* rempli en auto-questionnaire ou par les pairs). Les jeunes faisaient aussi état de moins d'actes antisociaux (vandalisme, bagarres, vols, ivresse...) et d'une amélioration du climat scolaire, des relations interpersonnelles et de leur rapport à l'école en général. Ce programme a été répliqué dans plusieurs pays tels que l'Angleterre, l'Allemagne, les États-Unis et a donné de nouveau des résultats positifs (Whitney et coll., 1994 ; Hanewinkel et Knaack, 1997 ; Melton et coll., 1998).

Tableau 17.II : Exemples de programmes de prévention universels validés

Intitulé et lieu	Âge	Méthodes de prévention	Durée et lieu de l'intervention	Principaux résultats
<i>Second Step</i> ¹ États-Unis	4-14 ans	Développement des compétences sociales et émotionnelles	30 sessions de 35 min, 1 ou 2 par semaine, à l'école	À 6 mois : moins d'agressions physiques
<i>Promoting Alternative Thinking Strategies</i> ² États-Unis	6-10 ans	Développement des compétences sociales et émotionnelles	151 sessions sur 5 ans, à l'école	À 2 ans : Moins de problèmes de comportement Meilleur fonctionnement adaptatif
<i>School Transitional Environment Project</i> ³ États-Unis	10-16 ans	Modification de l'environnement scolaire	À l'école	Moins de problèmes de comportement, de stress, d'anxiété, de dépression Meilleure estime de soi
<i>Olweus Bullying Program</i> ⁴ Norvège	6-15 ans	Modification de l'environnement scolaire	À l'école	À 20 mois : Réduction des brutalités, des comportements agressifs et antisociaux Amélioration de la satisfaction à l'école
<i>Linking the Interests of Families and Teachers</i> ⁵ États-Unis	6-10 ans	Développement des compétences sociales Formation des parents Rencontre entre les enseignants et les parents	1 session d'1 heure pendant 10 semaines (enfants à l'école) 1 rencontre par groupe de 10-15 familles pendant 6 semaines (parents à l'école)	À 1 an : Meilleures habiletés sociales des enfants
<i>Seattle Social Development Project</i> ⁶ États-Unis	6-10 ans	Formation des parents Formation des enseignants	16 sessions de formation sur 6 années (parents à l'école)	À l'âge de 17-18 ans : Moins d'actes violents de délinquance Moins de consommation abusive d'alcool Meilleur engagement et attachement à l'école

¹Grossman et coll., 1997 ; ²Conduct Problems Prevention Research Group, 1999 ; Greenberg et Kusche, 1993, 1996 et 1998 ; Greenberg et coll., 1995 ; Kam et coll., 2003 ; ³Felner et Adan, 1988 ; Felner et coll., 1982 et 1993 ; ⁴Elliot, 1989 ; Olweus, 1989, 1993, 1994 et 1997 ; ⁵Reid et coll., 1999 ; ⁶Hawkins et coll., 1991, 1992 et 1999 ; O'Donnell et coll., 1995

Tableau 17.III : Exemples de programmes de prévention sélectifs et indiqués validés

Intitulé et lieu	Âge	Méthodes de prévention	Durée et lieu de l'intervention	Principaux résultats
<i>Elmira Home Visitation</i> ¹ États-Unis	2 ans	Visite à domicile (par des infirmières) Soutien au rôle de parent (mère seule de moins de 19 ans avec faible CSP)	9 visites pendant la grossesse 23 visites de la naissance à 9 mois	À 15 ans : Moins de comportements antisociaux (arrestations, condamnations, ligues), moins de consommations d'alcool et de tabac chez les jeunes Moins de maltraitance, de consommations de drogues, de nouvelles grossesses, de comportements antisociaux chez les mères
<i>Perry Preschool Project</i> <i>Programs High/Scope</i> <i>Preschool Curriculum Study</i> ² États-Unis	3-4 ans	Développement des compétences cognitives Visite à domicile Formation des parents (enfants à faible QI et familles de CSP inférieure)	Sur 2 années : 2 heures ½ par jour à l'école 1 heure ½ par semaine de visite à domicile	À l'âge de 15, 19 et 25 ans : Moins de comportements agressifs, moins d'actes délinquants Meilleures performances scolaires et professionnelles
<i>Montreal Prevention Experiment</i> ³ Québec	7-9 ans	Développement des compétences sociales Formation des parents	19 sessions pour les enfants pendant 2 ans, à l'école Environ 20 sessions de groupe pour les parents toutes les 2-3 semaines pendant 2 ans	À l'âge de 12 ans : Moins de bagarres Moins d'actes délinquants
<i>Coping Power Program</i> ⁴ États-Unis	9-14 ans	Développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles Formation des parents Visites à domicile	1 session par semaine durant 15 à 18 mois, à l'école (enfants) 16 sessions de groupe (parents) Quelques visites à domicile	Moins de comportements agressifs Moins d'abus de substance
<i>The Incredible Years Series</i> ⁵ États-Unis	2-10 ans	Formation des parents Formation des enseignants	Sessions de groupe de 2 ½ heures par semaine pendant 12 à 14 semaines (parents) 1 session par mois (enseignants)	Moins de problèmes de comportements Plus de comportements prosociaux Amélioration des relations familiales et des liens avec l'école
<i>Fast Track</i> ⁶ États-Unis	6-10 ans	Développement des compétences psychosociales Formation des parents Visites à domicile Soutien à la parentalité Formation des enseignants Amélioration de l'environnement scolaire <i>Mentoring</i>	Sur toute la scolarité, différentes interventions de plusieurs heures par semaine et sur plusieurs sites (école, famille...)	À 1 an, 2 ans, 3 ans (résultats préliminaires) Moins de comportements agressifs et oppositionnels Moins de problèmes de conduite Moins d'orientation en éducation spécialisée

CSP : catégorie socioprofessionnelle

¹Olds et coll., 1997 ; Kitzman, 1997 ; Olds, 1998 ; ²Schweinhart et Weikart, 1988 ; Schweinhart et Weikart, 1997 ; ³Tremblay et coll., 1992 et 1996 ; ⁴Lochman et coll., 1984 ; Lochman et Lampron, 1988 ; Lochman et Wells, 1996 ; Lochman, 1995 ; ⁵Webster-Stratton et Reid, 1999 ; ⁶Conduct Problems Prevention Research Group, 1992, 1996 et 1999

Certains programmes universels font appel à plusieurs méthodes d'intervention ; par exemple, le *Linking the Interests of Families and Teachers* et le *Seattle Development Project*. Ce dernier est un programme multimodal qui propose des formations aux enseignants et parents d'enfants d'âge primaire (6-10 ans) (Hawkins et coll., 1991 ; Hawkins et coll., 1992 ; Hawkins et coll., 1999). Construit à partir du *Social Development Model* (Hawkins et Fitzgibbon, 1993), ce programme vise à prévenir les comportements à risque à l'adolescence (violence, délinquance, abus de substance...) en cherchant à influencer sur les facteurs de risque (problèmes de comportements, rejet des pairs, échec scolaire, pratiques éducatives inappropriées...) par le renforcement des liens avec la famille et l'école. Ce programme qui se déroule au cours des six années d'école primaire comporte un volet enseignant et un volet parent. En vue de faire évoluer les pratiques professionnelles, les enseignants participent à une formation abordant trois principales dimensions : management proactif (Brophy, 1987), enseignement interactif (Block, 1971) et apprentissage coopératif (Slavin, 1991). Les enseignants de première année primaire suivent une formation complémentaire afin d'implanter l'*Interpersonal Cognitive Problem Solving Curriculum* (Shure et Spivack, 1988), tandis que ceux de dernière année suivent une autre formation dans le but de développer les capacités de refus chez les jeunes. Durant tout le cycle du primaire, des enseignements organisés en sessions sont aussi offerts aux parents au sein de l'établissement scolaire. Au cours des deux premières années, sept sessions visant à améliorer les capacités de régulation et de support sont proposées. Durant la deuxième et la troisième année, 4 sessions centrées sur le soutien scolaire sont offertes aux parents. Enfin, cinq sessions sur la drogue et les comportements antisociaux sont mises en place au cours des deux dernières années de primaire. Ce programme a été évalué auprès de 643 jeunes issus de huit écoles publiques de Seattle (États-Unis). Les élèves ayant bénéficié de l'ensemble du programme ont été comparés à deux groupes ; un groupe ayant reçu une intervention partielle (programme mis en place au cours des 5^e et 6^e années uniquement) et un groupe témoin (absence d'intervention). Des résultats positifs ont été obtenus dès la 5^e année de primaire. L'engagement et l'attachement à l'école, le lien et la communication familiale, l'implication et les capacités éducatives des parents étaient significativement supérieurs dans le groupe ayant bénéficié du programme. Un suivi effectué à l'âge de 17-18 ans auprès de 93 % des élèves permet d'observer des effets significativement positifs sur les comportements violents et délinquants, l'abus d'alcool et l'engagement au niveau scolaire. Ces résultats n'ont pas pu être mis en évidence chez les élèves ayant participé au programme partiel. Comme le souligne Greenberg (2001) : « Ceci constitue un argument de poids pour mettre en place des programmes d'aide aux compétences sociales de manière précoce, dès les années de primaire, et les poursuivre ensuite au cours des différentes phases du développement de l'enfant ».

Programmes de prévention sélectifs et indiqués

La majorité des programmes sélectifs et indiqués validés ont recours à différentes méthodes de prévention. Les visites à domicile sont au cœur des interventions de prévention réalisées durant la période périnatale et préscolaire. Le programme de visites à domicile validé le plus connu est l'*Elmira Home Visitation Study* (Olds et coll., 1997 et 1998). Ce programme associe deux stratégies de prévention : les visites à domicile et la formation au rôle de parent. Au cours des visites réalisées par des infirmières, trois thématiques principales sont abordées avec la mère : les comportements de santé positifs durant la grossesse puis, pendant les premières années de l'enfant, les soins adaptés à l'enfant, le développement personnel de la mère (planning familial, retour aux études, participation à des groupes de travail). Les infirmières facilitent aussi le lien avec les services de santé et les organismes sociaux et tentent d'impliquer des membres de la famille ou des amis autour de la grossesse et de la venue de l'enfant. Dans le programme *Elmira*, neuf visites en moyenne étaient réalisées pendant la grossesse, et 23 de la naissance aux deux ans de l'enfant. Ce programme a été mis en place dans l'état de New York et proposé à 116 femmes âgées de moins de 19 ans, non mariées et d'un niveau socio-culturel faible. Une évaluation réalisée 15 ans après l'intervention a permis de mettre en évidence des résultats intéressants, aussi bien au niveau de la mère que du jeune. Comparativement aux mères ayant eu un suivi classique, on observe moins de maltraitance et de négligence, moins de consommations d'alcool et de drogues, moins de nouvelles grossesses et moins de grossesses prématurées, moins de besoins d'aide sociale et moins de comportements antisociaux (arrestations, prisons...) chez les femmes ayant bénéficié du programme. Les enfants de ces mères présentaient également moins de comportements antisociaux (moins d'arrestations, moins de condamnations, moins de fugues) et moins de consommations d'alcool et de tabac (Olds, 1998). Le programme *Elmira Home Visitation Study* a ensuite été mis en place dans d'autres régions des États-Unis (Memphis) (Kitzman et coll., 1997). Il est actuellement en voie d'implantation dans plusieurs pays (Canada, Pays-Bas).

Dans les tranches d'âge supérieures, les visites à domicile sont associées à des interventions centrées sur les enfants. Par exemple, dans le *Perry Preschool Project Programs* (Schweinhart et Weikart, 1988 et 1997), les visites à domicile et la formation des parents sont complétées par des actions visant à développer les compétences cognitives des enfants. Ce programme de prévention indiquée cible les enfants de 3 à 4 ans ayant un faible QI et appartenant à des familles de niveau socioéconomique faible. Les interventions, qui se déroulent sur une période de deux ans, sont centrées sur le développement intellectuel de l'enfant (habiletés à penser et à raisonner, apprentissages académiques...) et font appel à des méthodes éducatives spécifiques. Le programme comporte un volet scolaire (2 ½ heures par jour) et un volet visite à domicile réalisé par les enseignants auprès de l'enfant et de leur mère

(1 ½ heures par semaine). Des évaluations à l'âge de 15, 19 et 25 ans ont montré que les enfants ayant bénéficié du programme manifestaient moins de comportements agressifs, avaient été moins arrêtés par la police et présentaient de meilleures performances scolaires et professionnelles (résultats scolaires, diplôme universitaire, emploi) (Lemarquand et coll., 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001). Ce programme a ensuite été répliqué en démontrant aussi des résultats positifs sur les actes délinquants et les performances scolaires (*High/Scope Preschool Curriculum Study* : Schweinhart et Weikart, 1997).

La plupart des programmes sélectifs et indiqués validés impliquent les parents et les enfants ; par exemple, le *Montreal Prevention Program* et le *Coping Power Program*. Certains comportent aussi des interventions centrées sur les enseignants, par exemple le *The Incredible Years Series*. Récemment, un programme américain multimodal impliquant de nombreuses dimensions et faisant appel à plusieurs méthodes de prévention a été mis en place par un groupe de chercheurs spécialisés dans la prévention des troubles du comportement (*Conduct Problem Prevention Group*) (Bierman et coll., 1992, 1999 et 2002 ; Stormshak et Bierman, 1998; Stormshak et coll., 2000). Construit à partir d'un modèle développemental du trouble des conduites (*Conduct Problems Prevention Research Group*, 1992), le programme *Fast Track* se décline sous deux formes : une intervention de prévention universelle qui correspond à l'adaptation du programme PATHS et un programme sélectif et indiqué comprenant différentes interventions impliquant les enfants, les parents, l'école et les pairs. Le programme sélectif indiqué a été appliqué à 891 enfants sélectionnés en fonction de leur lieu d'habitation (quatre sites à risque de par leur niveau de pauvreté et de criminalité) et de leur niveau d'agressivité évalué à la maternelle par les enseignants et les parents à l'aide de plusieurs instruments de mesure (*Authority-Acceptance Scale of the Teacher Observation of Classroom Adaptation-Revised TOCA-R* : Werthamer-Larsson et coll., 1991 ; *Fast Track data set* : Lochman , 1995 ; *CBCL* : Achenbach, 1991 ; *Revised Problem Behavior Checklist* : Quay et Peterson, 1987). En complément du programme PATHS implanté par les enseignants de la 1^{ère} à la 5^e année de primaire, le programme indiqué comprend différents composants :

- une formation en groupe pour les parents visant à promouvoir de bonnes relations entre la famille et l'école, et à favoriser la mise en place d'une communication et d'une discipline efficace à la maison (session de 2 heures à l'école) : 22 sessions la 1^{ère} année, 14 la 2^e année et 9 la 3^e année ;
- des groupes pour les enfants (simultanés aux groupes de parents) visant le développement des compétences psychosociales : capacités d'auto-régulation, gestion de la colère, résolution de problème, relations amicales...
- des sessions communes aux parents et aux enfants visant à appliquer les habiletés apprises sous la supervision de formateurs (30 à 60 minutes à la fin de chacune des sessions parents et enfants).

Ces sessions de groupe sont complétées par des interventions individuelles :

- visites à domicile : renforcement des habiletés apprises, soutien parental, aide face aux différents problèmes et événements de vie, développement de relations positives entre les intervenants et les parents (11 visites durant la 1^{ère} année ; entre 8 et 32 les années suivantes, selon la demande)
- soutien scolaire centré sur la lecture et réalisé par un tuteur formé (60 sessions la 1^{ère} année et entre 0 et 60 sessions les années suivantes selon les besoins) ;
- activités par paire durant la classe (*peer-pairing*) (22 sessions la 1^{ère} année et entre 0 à 14 les années suivantes).

Des interventions de prévention se poursuivent aussi durant l'adolescence (grades 5 à 10). Des sessions de groupe ont lieu régulièrement (environ une par mois) ; les thématiques abordées fluctuent au fil des années (transition primaire/secondaire, relations amoureuses et éducation à la sexualité (grades 5-6) ; alcool, tabac, et consommation de drogue (grades 6-7) ; orientation scolaire et professionnelle (grade 7). Comme au primaire, des interventions individuelles viennent renforcer les activités de groupe : visite à domicile et aide à la résolution de problèmes, soutien scolaire avec un tuteur, *mentoring* (adulte support), incitation aux activités extrascolaires (clubs, sports, associations, paroisse...), facilitation des relations entre l'école, la famille et les organismes communautaires (santé mentale, programmes antidroque...). Les premiers résultats des évaluations menées durant les trois premières années du programme s'avèrent positifs. Des mesures effectuées à la fin de chacune des années montrent que les comportements agressifs et oppositionnels rapportés par les parents (*Parent Daily Report* : Chamberlain et Reid, 1987) ainsi que les problèmes de comportement évalués par les enseignants (*Teacher Observations of Classroom Adjustment-Revised* : Werthamer-Larsson et coll., 1991) sont significativement moins nombreux chez les enfants ayant bénéficié de l'intervention. Chez ces derniers, le taux de sujets devant être orientés vers un enseignement spécialisé était aussi plus faible, de l'ordre de 26 %.

Caractéristiques des programmes efficaces

Les recherches réalisées au cours des 20 dernières années sur les facteurs de risque et de protection du trouble des conduites et sur l'évaluation des programmes de prévention permettent aujourd'hui de mettre en exergue les caractéristiques des interventions efficaces (Domitrovich et Welsh, 2000 ; Greenberg et coll., 2001 ; LeMarquand et coll., 2001 ; *US Department of Health and Human Services*, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001).

Les programmes de prévention qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôles, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions...) et ne se

réduisent pas à une transmission d'information. (Webster-Stratton et Taylor, 2001). La plupart des méthodes de prévention validées qui ont été présentées précédemment sont aussi choisies en fonction de la population ciblée (universelle ou groupe à risque) et de l'âge des enfants. Les visites à domicile et le soutien à la parentalité sont particulièrement utiles lorsque l'intervention vise de jeunes enfants à risque. Il est aussi recommandé de travailler sur des compétences plus spécifiques pour des groupes à risque (gestion de la colère, capacité d'auto-régulation...) et sur des compétences plutôt d'ordre social pour les adolescents (relations avec les pairs, capacités à résister à la drogue) (Domitrovich et Welsh, 2000). Les programmes avérés efficaces ont aussi recours à des interventions qui s'inscrivent dans la durée. En effet, les programmes brefs produisent des effets sur du court terme. Afin de maintenir les bénéfices sur la durée, il est important que le temps d'intervention soit suffisamment important (plus de 20 heures par an pour les enfants et les parents selon Webster-Stratton et Taylor, 2001) et que la durée du programme soit de plusieurs années. Les interventions les plus efficaces sont celles qui cherchent à agir sur plusieurs facteurs simultanément (LeMarquand et coll., 2001). Les effets des programmes centrés sur les compétences psychosociales des jeunes sont renforcés lorsqu'ils sont associés à des interventions réalisées auprès des familles, des enseignants et de l'environnement scolaire (Webster-Stratton et Taylor, 2001). Ainsi, les programmes les plus récents mettent en place des actions coordonnées sur du long terme qui proposent des apprentissages cohérents et une mise en lien des différents acteurs (jeunes, parents, enseignants, professionnels, associations...) (Webster-Stratton et Taylor, 2001). Toute intervention doit aussi s'assurer de la qualité de l'implantation. En effet, la qualité et la fidélité de l'implantation sont des éléments aussi importants que les caractéristiques intrinsèques du programme (*US Department of Health and Human Services*, 2001). Les spécificités de la population ciblée et de l'environnement doivent être largement considérées. Le CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) insiste aussi fortement sur les compétences, la formation et la supervision des équipes qui interviennent sur le terrain. Ces personnes doivent avoir une grande connaissance du programme et du milieu ; elles doivent être à l'aise avec la dynamique des groupes et avoir d'importantes capacités relationnelles (*US Department of Health and Human Services*, 2001).

Enfin, en s'appuyant sur la littérature concernant les programmes validés et en faisant appel aux dernières données sur le développement de l'agressivité physique et les facteurs associés aux comportements violents et au trouble des conduites (Tremblay et coll., 2003), il est possible de dégager les interventions de prévention qui semblent les plus prometteuses. Sachant que de nombreuses variables périnatales influencent le niveau d'agressivité de l'enfant et que la majorité des enfants apprennent à développer des comportements alternatifs à la violence pendant les premières années de leur vie, les programmes de prévention les plus favorables semblent être ceux qui

débutent durant la période préscolaire voire même la période périnatale. Sachant que les comportements de la mère pendant la grossesse et la petite enfance sont déterminants dans l'apprentissage de capacités d'auto-régulation, de « *self-control* » et de comportements prosociaux chez l'enfant, les interventions de prévention ciblées sur la mère et sur le développement des habiletés parentales semblent particulièrement judicieuses. Enfin, au regard des nombreux facteurs de risque identifiés dans la littérature, les actions de prévention du trouble des conduites peuvent cibler des sous-groupes spécifiques de la population. Les interventions de prévention sélective ou indiquée semblent alors être les plus appropriées.

En conclusion, après plus de 20 années de pratique et de recherche dans le domaine de la prévention du trouble des conduites et de la violence en général, il apparaît que des programmes validés sont largement développés au niveau international. Un certain nombre de méthodes d'intervention ont fait leur preuve dans ce domaine et différents critères d'efficacité ont pu être établis. Ces connaissances ont permis à la notion de « programme validé empiriquement » de se généraliser et de se faire reconnaître au point d'influencer les prises de décisions des pouvoirs publics et des planificateurs. En effet, comme le soulignent Domitrovich et Welsh (2000), « cette recherche a influencé les pouvoirs publics et les services de soins à tel point que les agences gouvernementales et les usagers rejettent toute intervention si elle n'a pas été évaluée au préalable par des protocoles de recherche de bonne qualité, et préconisent l'utilisation de programmes validés empiriquement ». Ainsi, sur le plan international, des méthodes, des programmes, des modèles d'intervention et d'évaluation sont actuellement disponibles. Paradoxalement, la situation française demeure problématique et ce, à différents niveaux. Tout d'abord, nous ne disposons pas de données scientifiques sur des programmes français de prévention du trouble des conduites et de la violence. Aucun programme n'a été validé empiriquement et publié dans la littérature scientifique. Nous faisons cependant l'hypothèse qu'il existe, en France, quelques interventions visant à prévenir les comportements violents chez les enfants et les adolescents. Nous supposons, cependant, que ces actions sont plutôt isolées et ponctuelles et qu'elles n'ont pas forcément recours à des méthodes d'intervention validées. Il semble peu probable que ces interventions soient fondées sur les données de la littérature empirique en lien avec les troubles (facteurs associés et développement), les modèles et les programmes d'intervention validés. L'évaluation de ces actions semble également poser problème. Les études évaluatives de résultat ne sont pas développées. Il est rare que les effets des interventions soient identifiés de manière objective. Les évaluations relèvent plus d'une description d'actions accompagnée d'éléments d'appréciation que de la mise en place de protocoles standardisés permettant de déterminer l'efficacité de l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

ACHENBACH TM, EDELBROCK C, HOWELL CT. Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3-year-old children. *J Abnorm Child Psychol* 1987, **15** : 629-650

ACHENBACH TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile : University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT 1991

ALLEN J, CHINSKY JM, LARCEN SW, LOCHMAN JE, SELINGER HV. Community psychology and the schools: a behaviorally oriented multilevel preventive approach. Wiley, New York 1976

BIERMAN KL, COIE JD, DODGE KA, GREENBERG MT, LOCHMAN JE, MCMAHON RJ. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The Fast Track Program. *Dev Psychopathol* 1992, **4** : 509-527

BIERMAN KL, COIE JD, DODGE KA, GREENBERG MT, LOCHMAN JE et coll. Initial Impact of the Fast Track Prevention Trial for Conduct Problems: I. The High-Risk Sample. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 631-647

BIERMAN KL, COIE JD, DODGE KA, GREENBERG MT, LOCHMAN JE et coll. Using the Fast Track randomized prevention trial to test the early-starter model of the development of serious conduct problems. *Dev Psychopathol* 2002, **14** : 925-943

BLOCK JH. Mastery learning: theory and practice. Holt Rinehart & Winston, New York 1971

BROPHY J. Synthesis of research on strategies for motivating students to learn. *Educational Leadership* 1987, **45** : 40-48

CHAMBERLAIN P, REID JB. Parent observation and child report of symptoms. *Behavioral Assessment* 1987, **9** : 97-109

CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: the FAST Track program. *Development Psychopathol* 1992, **4** : 509-527

CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP. Results of the Fast Track Prevention Project: Gade 3 outcomes. Annual meeting of the American Psychological Association, Chicago 1998

CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. Conduct Problems Prevention Research Group. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 648-657

DOMITROVICH CE, WELSH JA. Developmental models for interventions to prevent conduct problems. In : Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective, 2000 : 125-153

DUBOIS DL, FELNER RD, BRAND S. Self-Evaluation Questionnaire. University of Illinois, Center for prevention Research and development, 1993

ELLIOT D. Blueprints for violence prevention, book nine: Bullying prevention program. Boulder, University of Colorado Institute of Behavioral Science, Centre for the Study and Prevention of Violence, 1999

FELNER RD, GINTER M, PRIMAVERA J. Primary prevention during school transitions: social support and environmental structure. *Am J Commun Psychol* 1982, **10** : 277-290

FELNER RD, ADAN AM. The School Transition Environment Project : an ecological intervention and evaluation. In : Fourteen ounces of prevention: a case book for practitioners. PRICE RH, COWEN EL, LORION RP, RAMOS-MCKAY J eds, American Psychological Association, Washington, DC 1988 : 111-122

FELNER RD, BRAND S, ADAN AM, MULHALL PF, FLOWERS N et coll. Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-ups and extensions of the school transitional environment project (STEP). *Prevention in Human Services* 1993, **10** : 103-136

GREENBERG MT, KUSCHE CA. Promoting social and emotional development in deaf children: the PATHS project. University of Washington Press, Seattle 1993

GREENBERG MT, KUSCHE CA, COOK ET, QUAMMA JP. Promoting emotional competence in school-aged deaf children: the effect of the PATHS curriculum. *Development and psychopathology* 1995, **7** : 117-136

GREENBERG MT, KUSCHE CA. The PATHS project: preventive intervention for children (NIH Publication N°R01MH42131). US Department of Health and Human Services, Washington, DC 1996

GREENBERG MT, KUSCHE CA. Improving children's emotion regulation and social competence: the effects of the PATHS curriculum. Meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC, 1997

GREENBERG MT, KUSCHE CA. Preventive intervention for school-aged deaf children: the PATHS curriculum. *J Deaf Study Deaf Educ* 1998, **3** : 49-63

GREENBERG MT. The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment* 2001, **4** : 1-58

GREENBERG MT, DOMITROVICH C, BUMBARGER B. The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. *PrevTreatment* 2001, **4** : 1-66

GROSSMAN DC, NECKERMAN HJ, KOEPEL TD, LIU PY, ASHER KN et coll. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997, **277** : 1605-1611

HANEWINKEL R, KNAACK R. Bullying: violence prevention in Schleswig-Holstein school. Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1997

HAWKINS JD, VON CLEVE E, CATALANO RF. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 208-217

HAWKINS JD, CATALANO RF, MORRISON D, O'DONNELL J, ABBOTT R, DAY L. The Seattle Social Development Project: effects of the first four years on protective factors and problem behaviors. In : The prevention of antisocial behavior in children. MCCORD J, TREMBLAY R eds, Guilford Press, New York 1992

HAWKINS JD, FITZGIBBON JJ. Risk Factors and Risk Behaviors in Prevention of Adolescent Substance Abuse. *Adolesc Med* 1993, **4** : 249-262

HAWKINS JD, CATALANO RF, KOSTERMAN R, ABBOTT R, HILL KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999, **153** : 226-234

KAM CM, GREENBERG MT, WALLS CT. Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. Promoting Alternative THinking Skills Curriculum. *Prev Sci* 2003, **4** : 55-63

KITZMAN H, OLDS DL, HENDERSON CR JR, HANKS C, COLE R et coll. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997, **278** : 644-652

KOVACS M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 1981, **46** : 305-315

LEMARQUAND D, TREMBLAY RE, VITARO F. The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments. In : Conduct disorders in childhood and adolescence. HILL J, MAUGHAN B eds, Cambridge child and adolescent psychiatry, 2001 : 449-477

LOCHMAN JE, BURCH PR, CURRY JF, LAMPRON LB. Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 915-916

LOCHMAN JE, LAMPRON LB. Cognitive behavioral interventions for aggressive boys : seven months follow-up effects. *J Child Adolesc Psychother* 1988, **5** : 15-23

LOCHMAN JE. Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry. The Conduct Problems Prevention Research Group. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 549-559

LOCHMAN JE, WELLS KC. A social-cognitive intervention with aggressive children: prevention effects and contextual implementation issues. In : Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. RD PETERS, MCMAHON J eds, Sage, Thousand Oaks, CA 1996 : 11-143

MELTON GB, LIMBER SP, CUNNINGHAM P, OSGOOD DW, CHAMBERS J et coll. Violence among rural youth: final report to the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. US Department of Justice, Washington, DC 1998

O'DONNELL JO, HAWKINS D, CATALANO RF, ABBOTT RD, DAY E. Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long-term intervention in elementary schools. *Am J Orthopsychiat* 1995, **65** : 87-100

OLDS DL, ECKENRODE J, HENDERSON CR JR, KITZMAN H, POWERS J et coll. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997, **278** : 637-643

OLDS D, PETTITT LM, ROBINSON J, HENDERSON CJR, ECKENRODE J et coll. Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *J Community Psychol* 1998, **26** : 65-83

OLWEUS D. Bully/victim problems among schoolchildren : basic facts and effects of a school based intervention program. In : The development and treatment of childhood aggression. RUBIN K, HEPPLER D eds, Erlbaum, Hillsdale, NJ 1989

OLWEUS D. *Bullying at school: what we know and what we can do.* Basil Blackwell, Oxford 1993

OLWEUS D. Annotation: bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, **35** : 1171-1190

OLWEUS D. Bully/victim problems in school: facts and intervention. *Europ J Psychol Educ* 1997, **4** : 495-510

OTTO RK, GREENSTEIN JJ, JOHNSON MK, FRIEDMAN RM. Prevalence of mental disorders among youth in the juvenile justice system. *In* : Responding to the mental health needs of youth in the juvenile justice system. COCOZZA JJ ed, 1992 : 7-48

PATTERSON GR, REID JB, JONES RR, CONGER RE. A social learning approach to family intervention. Vol 1. Families with aggressive children. Castalia, Eugene, OR 1975

PATTERSON GR. Coercive family process. Castalia, Eugene, OR 1982

QUAY HC, PETERSON DR. Manual for the Revised Problem Behavior Checklist. University of Miami, Coral Gables, FL 1987

REID JB, EDDY JM, FETROW RA, STOOLMILLER M. Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *Am J Community Psychol* 1999, **27** : 483-517

REYNOLDS CR, RICHMOND OB. What I think and feel : a revised measure of children's manifest anxiety. *J Personal Assess* 1979, **43** : 281-283

RUSBY J, ESTES A, DISHION TJ. Interperson process code. 1991 (texte non publié)

SCHWEINHART LJ, WEIKART DP. The High/Scope Perry Preschool Program. Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners. American Psychological Association, Washington, DC 1988

SCHWEINHART LJ, WEIKART DP. Lasting Differences: The High/Scope Preschool Curriculum Comparison Study Through Age 23. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 1997, 12

SHURE MB, SPIVACK G. Interpersonal cognitive problem solving. *In* : Fourteen ounces of prevention: a casebook for practitioners. PRICE RH, COWEN EL, LORION RP, RAMOS-MCKAY J eds, American psychological Association, Washington, DC 1988

SINES JO, PAUKER JD, SINES LK, OWEN DR. Identification of clinically relevant dimensions of children's behavior. *J Consult Clin Psychol* 1969, **33** : 728-734

SLAVIN RE. Synthesis of Research on Cooperative Learning. *Educational Leadership* 1991, **48** : 71-82

STORMSHAK EA, BIERMAN KL. The implications of different developmental patterns of disruptive behavior problems for school adjustment. Conduct Problems Prevention Research Group. *Dev Psychopathol* 1998, **10** : 451-467

STORMSHAK EA, BIERMAN KL, MCMAHON RJ, LENGUA LJ. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. Conduct Problems Prevention Research Group. *J Clin Child Psychol* 2000, **29** : 17-29

TIERNEY JP, GROSSMAN JB, RESCH NL. Making a difference: an impact study of big brothers/big sisters. Public/private Ventures, Philadelphia, PA 1995

TREMBLAY RE, VITARO F, BERTRAND L, LEBLANC M, BEAUCHESNE H et coll. Parent and child training to prevent early onset of delinquency : the Montreal longitudinal-experimental study. *In* : Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence. MCCORD J, TREMBLAY RE eds, Guilford press, New York 1992 : 117-138

TREMBLAY RE, MASSE LC, PAGANI L, VITARO F. From childhood aggression to adolescent maladjustment: the Montreal prevention experiment. *In* : Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. PETERS RD, MCMAHON RJ eds, Sage, Thousand Oaks, CA, 1996 : 268-298

US DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Youth violence: a report of the Surgeon General 2001

WEBSTER-STRATTON C, REID MJ. The Incredible Years Parents, Teachers and Child Training Series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. *In* : Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents. KAZDIN A, WEISZ J eds, Guilford Press, New York, 1999 :

WEBSTER-STRATTON C, TAYLOR T. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0 to 8 Years). *Dev Sci* 2001, **2** : 165-192

WERTHAMER-LARSSON L, KELLAM SG, WHEELER L. Effect of first-grade classroom environment on shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *Am J Commun Psychol* 1991, **19** : 585-602

WHITNEY I, RIVERS I, SMITH P, SHARP S. The Sheffield project: methodology and findings. *In* : School bullying: insights and perspectives. SMITH P, SHARP S eds, Routledge, London 1994