Document généré le 17 avr. 2024 20:52

Revue québécoise de psychologie

L'AGRESSIVITÉ EXCESSIVE CHEZ LE JEUNE ENFANT : ÉTUDE DES TROUBLES CLINIQUES *ET* DES ATTITUDES PARENTALES
EXCESSIVE AGGRESSION IN YOUNG CHILDREN: CLINICAL DISORDERS AND PARENTING

Nadine Urbain-Gauthier et Jaqueline Wendland

Volume 38, numéro 2, 2017

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1040778ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1040778ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Urbain-Gauthier, N. & Wendland, J. (2017). L'AGRESSIVITÉ EXCESSIVE CHEZ LE JEUNE ENFANT : ÉTUDE DES TROUBLES CLINIQUES *ET* DES ATTITUDES PARENTALES. *Revue québécoise de psychologie*, *38*(2), 203–228. https://doi.org/10.7202/1040778ar

Résumé de l'article

L'agressivité physique excessive chez les jeunes enfants est un problème important en santé mentale, entraînant des dysfonctionnements en famille et en collectivité, voire l'exclusion sociale précoce. Les objectifs de cette étude sont de : a) spécifier les troubles cliniques chez 60 jeunes enfants, âgés de moins de 5 ans, orientés pour de l'agressivité excessive ainsi que leur profil développemental; b) cerner les caractéristiques des attitudes parentales et les articuler avec les profils développementaux des enfants. Les résultats sont discutés en termes des stratégies thérapeutiques adaptées qui peuvent être proposées pour aider ces enfants et leurs parents.

Tous droits réservés © Revue québécoise de psychologie, 2017

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'AGRESSIVITÉ EXCESSIVE CHEZ LE JEUNE ENFANT : ÉTUDE DES TROUBLES CLINIQUES *ET* DES ATTITUDES PARENTALES

EXCESSIVE AGGRESSION IN YOUNG CHILDREN: CLINICAL DISORDERS AND PARENTING

Nadine Urbain-Gauthier[1]
Université Paris Descartes

Jaqueline Wendland
Université Paris Descartes

INTRODUCTION

Les troubles des conduites (DSM-V, 2013) chez le jeune enfant constituent un problème important dans le domaine de la santé mentale. Ces troubles se caractérisent par une intolérance à la frustration qui se traduit par des colères fréquentes, l'expression d'une émotionnalité négative et de l'agressivité. Ils perturbent souvent la vie familiale et sociale au travers des dysfonctionnements interactifs sévères. L'incidence de ces problèmes est évaluée au tiers des demandes de consultation chez des enfants de familles défavorisées (Webster-Stratton et Hammond, 1998). Différents travaux (Broidy *et al.*, 2003; Tremblay, 2008) ont souligné qu'un niveau élevé d'agressivité physique pendant l'enfance permet de prédire les comportements violents à l'adolescence. Des jeunes enfants qui présentent un trouble émotionnel ou un trouble disruptif (DSM-V) présentent un risque accru de développer des manifestations psychopathologiques ultérieures (Lavigne, Arend, Rosenbaum, Binns, Christoffel et Gibbons, 1998), étant donné la relative stabilité des troubles socioémotionnels et comportementaux de la petite enfance à la moyenne enfance (Briggs-Gowan, Carter, Bosson-Heenan, Guyer et Horwitz, 2006). Il paraît donc important d'étudier l'agressivité physique dès le plus jeune âge de façon à mieux comprendre l'émergence et le maintien de ce phénomène (Gimenez et Blatier, 2004).

L'origine des troubles des conduites semble multifactorielle (Guedeney et Dugravier, 2006) et peut être appréhendée selon un modèle de risques cumulatifs (Sameroff, Seifer, Baldwin et Baldwin, 1993), agissant entre eux de façon complexe (Zeanah, Boris et Larrieu, 1997). La dépression maternelle (Bruder-Costello, Warner, Talati, Nomura, Bruder et Weissman, 2007), la grossesse précoce (Zeanah *et al.*, 1997), le niveau d'éducation faible et la pauvreté (Tremblay, 2010), ainsi que les troubles réactionnels de l'attachement (DSM-V) sous la forme désorganisée et dans une population à haut risque social (Lyons-Ruth, Alpern et Repacholi, 1993) représentent des facteurs de risque dans le développement et le maintien de ces troubles.

1. Adresse de correspondance : Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 92100 Boulogne-Billancourt, France. Courriel : n.urbain-gauthier@hotmail.com

La recherche a montré qu'il existe des différences liées au sexe de l'enfant, aussi bien dans les modalités d'expression de l'agressivité que dans l'importance des comportements agressifs et dans les trajectoires évolutives (Côté, Vaillancourt, LeBlanc, Nagin et Tremblay, 2006). Les jeunes garçons de moins de 6 ans manifestent plus souvent que les filles de l'agressivité physique en réaction à une frustration, une taquinerie ou une agression fortuite (Vitaro, Barker, Boivin, Brendgen et Tremblay, 2006).

Un grand nombre de travaux a documenté le lien entre les pratiques parentales et les manifestations d'agressivité, que ce soit sur le plan de la recherche (Olson, Lopez-Duran, Lunkenheimer, Chang et Sameroff, 2011) ou sur celui de l'intervention thérapeutique (Miller Brotman, O'Neal, Huang, Kiely Gouley, Rosenfelt et Shrout, 2009). Les attitudes parentales hostiles (Knox, Burkhart et Khuder, 2011), la discipline laxiste (Fite, Colder, Lochman et Wells, 2006) et les réactions excessives (O'Leary et Vidair, 2005) ont été corrélées avec le développement et le maintien des troubles des conduites chez l'enfant. Cependant, quelques recherches ont souligné que certaines caractéristiques de l'enfant, telles les particularités du tempérament (Bradley et Corwyn, 2008), peuvent modérer le lien entre les pratiques parentales et les troubles du comportement. Par conséquent, il semble important d'envisager l'interaction entre les caractéristiques individuelles de l'enfant et celles de son environnement. En effet, les attitudes parentales peuvent intensifier les difficultés de régulation des émotions chez l'enfant (van Aken, Junger, Verhoeven, van Aken, Deković et Denissen, 2007) ou ses troubles attentionnels (Moffitt, 1990).

Les difficultés langagières représentent également des facteurs de risque importants dans l'émergence et le maintien des problèmes de comportement externalisé (INSERM, 2005; Normand, Maisonneuve, Schneider et Richard, 2009). En effet, les fonctions langagières semblent jouer un rôle clé dans le développement des troubles des conduites, par l'entremise de l'influence régulatrice exercée par le langage dans le processus de contrôle du comportement (Barkley, 1997). Le langage joue aussi un rôle important dans la capacité d'expression émotionnelle du sujet et dans sa compétence à décoder les émotions d'autrui et probablement à faire preuve d'empathie. C'est ainsi que les enfants avec des retards de langage manifestent davantage de déficits dans le traitement des informations sociocognitives, qui s'expriment notamment dans la difficulté à interpréter les sentiments des autres et à résoudre des problèmes sociaux (Cohen, Menna, Vallance, Barwick, Im et Horodezky, 1998). Toutefois, la plupart des recherches qui établissent un lien entre le déficit langagier et les troubles des conduites concernent des enfants d'âge scolaire et des adolescents (Barker *et al.*, 2011; INSERM, 2005).

La pratique clinique met en évidence qu'il existe une grande variabilité symptomatique entre les jeunes enfants qui manifestent de l'agressivité physique excessive : irritabilité et accès de colère, manifestations d'anxiété, comportements opposants, impulsivité et excitabilité, recherche de hauts niveaux d'activité, voire de comportements à risque. Il semble dès lors important de spécifier les troubles cliniques de ces jeunes enfants pour proposer des interventions thérapeutiques mieux adaptées selon les profils développementaux (Frick, 2001).

Depuis quelques décennies, des recherches initiées par Ayres (1972) dans le champ de l'ergothérapie se sont centrées sur l'étude du dysfonctionnement de l'intégration sensorielle qui comprend notamment la difficulté à moduler et à réguler l'intensité et la nature des réponses aux stimulations sensorielles de façon adaptée dans la vie quotidienne. Parallèlement, le concept de « trouble de la régulation du traitement sensoriel » a été introduit en psychologie clinique du jeune enfant (Greenspan et Wieder, 1993). En 1994, un groupe d'experts cliniciens a élaboré la première classification internationale diagnostique spécifique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (DC : 0-3). Dans l'axe I des troubles cliniques, le diagnostic de « Trouble de la régulation du traitement sensoriel » est innovateur (Scholl, 2007). La version révisée de la DC : 0-3R (2005) met l'accent sur le fait que ce trouble s'enracine avant tout dans des *patterns* de réactivité sensorielle particuliers. Ce diagnostic se réfère aux difficultés de l'enfant à réguler ses émotions, ses comportements et ses capacités motrices en réponse aux stimulations sensorielles. Les enfants qui présentent un trouble de la régulation sensorielle manifestent fréquemment des dysfonctionnements sensoriels et moteurs. Les auteurs ont distingué trois types de troubles de la régulation, caractérisés par des *patterns* comportementaux, sensoriels et moteurs spécifiques : le type « Hypersensible », le type « Hyposensible /Sous-réactif » et le type « En recherche de sensations/Impulsif ». Les enfants qui présentent un trouble de la régulation hypersensible « évitent les stimulations sensorielles ou y manifestent des réactions aversives » (DC : 0-3R, p. 56). Ceux qui sont hyposensibles « requièrent un haut niveau dans l'intensité de l'entrée sensorielle pour être en mesure d'y répondre » (DC : 0-3R, p. 59). Les enfants qui manifestent un trouble de régulation du traitement sensoriel de type « En recherche de stimulations sensorielles/Impulsif » « recherchent activement à satisfaire leur besoin de stimulation sensorielle intense, de manière beaucoup plus marquée que l'enfant tout-venant » (DC 0 : 3R, p. 61). Ils ont un besoin important de décharge motrice et présentent une impulsivité diffuse et de hauts niveaux d'activité. Des difficultés dans le domaine du sommeil et du langage, tant expressif que réceptif, sont également souvent présentes, sans que ces manifestations

symptomatologiques ne soient incluses dans les critères diagnostiques du DC : 0-3 (Reebye et Stalker, 2007).

La présence du trouble du traitement sensoriel est évaluée entre 5 % et 10 % chez de jeunes enfants avec un développement typique (Ahn, Miller, Milberger et McIntosh, 2004; Gunn *et al.*, 2009). Certains auteurs soulignent l'importance d'évaluer les troubles du traitement sensoriel chez des jeunes enfants adressés pour des difficultés comportementales (Miller, Robinson et Moulton, 2004). En effet, des difficultés importantes de régulation sensorielle semblent être un facteur de risque dans le développement de troubles émotionnels et comportementaux et sont souvent concomitantes à ceux-ci (Gouze, Hopkins, LeBailly et Lavigne, 2009). C'est ainsi que la recherche longitudinale de Bron, Van Rijen, Van Abeelen et Lambregtse-Van Den Berg (2012) montre la persistance de problèmes émotionnels et comportementaux de type internalisé (anxiété, dépression) ou de type externalisé chez des adolescents qui avaient reçu le diagnostic de « trouble de la régulation sensorielle » quelques années auparavant. Cependant, l'étude du lien entre les troubles de la régulation et les troubles de comportement externalisé a surtout concerné les troubles liés à un déficit de l'attention/hyperactivité chez des enfants d'âge scolaire (Kern, Geier, Sykes, Geier et Deth, 2015). Les difficultés de traitement sensoriel ont été liées à l'émergence et au maintien de difficultés attentionnelles (Miller *et al.*, 2004). À notre connaissance, peu de recherches se sont intéressées à l'étude des troubles de la régulation chez de jeunes enfants qui manifestent de l'agressivité physique excessive.

Pour évaluer les difficultés de régulation sensorielle chez des enfants typiques et chez des enfants présentant des manifestations symptomatologiques diverses, le « Profil sensoriel » de Dunn est un des outils les plus fréquemment utilisés. Il est basé sur la théorie de l'intégration sensorielle (Dunn, 1997) et étudié les comportements et la performance en matière de traitement de l'information sensorielle des enfants de 3 à 10 ans (Dunn, 1994). La littérature relative à l'intégration sensorielle met l'accent sur le traitement de l'information sensorielle comme facteur clé de l'aptitude à produire des réponses adaptatives. La plupart des recherches qui ont utilisé le « Profil sensoriel » pour des populations cliniques ont concerné l'étude des difficultés de régulation sensorielle présentes chez des enfants avec un trouble du spectre autistique, telle l'étude de Tomchek et Dunn (2007), ou chez des enfants d'âge scolaire manifestant un trouble TDA/H (Trouble déficit d'attention avec hyperactivité) (Kern *et al.*, 2015). Peu de recherches ont étudié, au moyen du « Profil sensoriel », les troubles de la régulation sensorielle concomitants aux troubles du comportement chez les jeunes enfants (Gouze *et al.*, 2009) et les enfants d'âge scolaire (Fox, Snow et Holland, 2014). Ces travaux concluent à une prévalence de 55 % à 63 % des

troubles de la régulation sensorielle concomitants aux troubles du comportement, soulignant ainsi la contribution importante de ces difficultés à la compréhension des troubles du comportement.

La pratique clinique montre, chez des jeunes enfants présentant des troubles du comportement, que les troubles du sommeil y sont fréquemment associés (Lüthi-Faivre, Sancho-Rossignol, Rusconi Serpa, Knauer, Palacio Espasa et Robert-Tissot, 2005). La plupart du temps, ces troubles ne constituent pas un motif de consultation, mais sont révélés au cours des entretiens avec la famille. La méta-analyse de Hemmi, Wolke et Schneider (2011) a largement établi le risque que des jeunes enfants qui présentent des difficultés de sommeil soient plus en risque de développer des troubles ultérieurs de comportement, tant internalisé qu'externalisé, ainsi que des troubles attentionnels et de l'hyperactivité, et ceci d'autant plus lorsque leurs familles présentent des problèmes multiples. Chez des enfants d'âge scolaire, la comorbidité des troubles du sommeil et des troubles du comportement a été mise en évidence dans différentes études, dont celle de Paavonen, Porkka-Heiskanen et Lahikainen (2009). Par ailleurs, la qualité des interactions maternelles a été pointée comme étant un facteur ayant un impact sur le développement ultérieur des problèmes de sommeil chez des enfants d'âge scolaire (Bell et Belsky, 2008). Dans une population de jeunes enfants typiques, la qualité des interactions précoces, tant avec la mère qu'avec le père, a été corrélée au pourcentage du sommeil nocturne pendant la période préscolaire (Bordeleau, Bernier et Carrier, 2012).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette recherche se propose d'étudier, chez de jeunes enfants de moins de 5 ans qui manifestent de l'agressivité physique excessive, la présence et la nature des troubles cliniques, les troubles du sommeil concomitants ainsi que le développement psychomoteur et les capacités langagières. Elle a également pour but de se pencher sur les attitudes éducatives parentales et de voir dans quelle mesure celles-ci peuvent être différentes selon l'expression symptomatologique de l'enfant. Cette recherche en cours a pour objectif à terme de fournir une meilleure compréhension de ces troubles afin de pouvoir proposer des stratégies d'interventions thérapeutiques mieux adaptées.

Nous nous attendons à ce que 1) les jeunes enfants qui manifestent de l'agressivité physique excessive présentent fréquemment des troubles de la régulation du traitement sensoriel et plus particulièrement des comportements de type « En recherche de sensations/impulsifs ». De plus, 2) ces jeunes enfants souffrent fréquemment de troubles du sommeil concomitants 3) ainsi que d'un retard de langage et de développement

psychomoteur. D'autre part, 4) les attitudes éducatives parentales sont fréquemment caractérisées par le laxisme, l'hostilité et des réactions excessives. Enfin, nous nous demandons si les attitudes parentales sont différentes selon l'expression symptomatologique de l'enfant.

MÉTHODOLOGIE

Participants

Cette recherche en cours a inclus 72 jeunes enfants, âgés de 2 ans ½ à 5 ans et recrutés de mars 2012 à septembre 2014 dans plusieurs centres de consultations médico-psycho-pédagogiques en Belgique francophone. Les enfants et leurs familles ont été adressés en seconde intention par un pédopsychiatre ou un pédiatre. Ils manifestaient des comportements d'agressivité physique excessive en famille et en collectivité tels qu'ils suscitaient des plaintes de la part des parents ou des enseignants. En effet, nous souhaitions recruter des jeunes enfants dont les problèmes d'agressivité n'étaient pas limités à la sphère familiale, mais affectaient aussi leurs relations sociales. Aucun enfant n'avait bénéficié d'une prise en charge précédemment.

Le premier critère d'exclusion concerne tous les troubles du spectre autistique (DSM-V, 2013) en raison des altérations précoces des processus régulateurs de base (Adrien, 2011). Le second critère d'exclusion concerne la prématurité associée à un petit poids de naissance, eu égard aux conséquences quant au développement de l'enfant et à son tempérament, affecté par la prématurité (Weiss, St Jonn-Seed et Wilson, 2004), ainsi qu'à l'impact sur le stress parental et les interactions précoces (Gerstein et Poehlmann-Tynan, 2015). Les familles avec un niveau linguistique insuffisant en français n'ont pas été incluses. Les parents ont été invités à participer à la recherche et à signer un formulaire de consentement libre et éclairé. Le projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique belge n° 412 en février 2012.

Nous avons eu trois refus et neuf abandons en cours de procédure. Ainsi, au total, nous avons 60 enfants : 16 filles (26,7 %) et 44 garçons (73,3 %). Leur âge moyen était de 41,61 mois (allant de 30 à 58 mois, *ET* = 8,21mois). Ils étaient tous nés après 37 semaines de gestation. À la naissance, leur poids moyen était de 3,147 kg (*ÉT* = 0,38 kg) ou 6,937 livres. Ce poids moyen était similaire à celui des enfants vivants nés en Belgique francophone pendant la même période (3,214 kg ou 7,09 livres, Service public fédéral Économie, Belgique, 2013). Il y avait 48,33 % d'enfants uniques et 23,33 % d'enfants aînés, soit 71,66 % d'enfants premiers-nés.

La structure familiale se répartissait de la façon suivante, par ordre décroissant de fréquence : 63,33 % des enfants vivaient avec leurs parents, 21,66 % avec leur mère seule et 11,66 % avec leur mère et leur beau-père. L'âge moyen des mères, au moment de l'accouchement, était de 27,06 ans (*ÉT* = 5,73 ans) et la moyenne de leur nombre d'années d'études était de 12,81 ans (*ÉT* = 2,51 ans). En prenant en considération le plus haut niveau d'éducation atteint par les mères, le niveau socioculturel des familles se situait dans la moyenne de la Belgique francophone (Service public fédéral Économie, Belgique, 2013).

Procédure

Les parents, qui avaient consulté en première intention un pédopsychiatre ou un pédiatre, ont été invités à un premier entretien avec le psychologue dans le cadre de la recherche. Cet entretien était centré sur l'histoire développementale et l'entretien clinique de l'enfant. Les parents ont été informés plus amplement de la procédure et des objectifs de la recherche et leur consentement libre et éclairé leur a été demandé par écrit selon les recommandations du Comité éthique belge.

Le second entretien, mené par le même psychologue, a été consacré à la passation de l'*Échelle de développement psychomoteur* de Brunet-Lézine, qui a été réalisée par le psychologue, pendant que les parents remplissaient le questionnaire du « Profil sensoriel » de Dunn. Le questionnaire relatif à l'évaluation des pratiques parentales a été rempli par les parents et le psychologue à la fin du second entretien.

Outils

La Classification Diagnostique DC : 0-3R (2005)

Pour spécifier les troubles cliniques et les troubles du sommeil concomitants éventuels chez les enfants, le choix s'est porté sur la classification diagnostique DC : 0-3R, et ce, bien que 16 enfants sur 60 étaient âgés de 4 ans et plus. En effet, la DC : 0-3R est la seule classification diagnostique à inclure les troubles de la régulation sensorielle dans l'axe des troubles cliniques.

Dans la DC : 0-3R, le diagnostic de « Troubles du sommeil » distingue deux formes, à savoir les « Troubles de l'endormissement » (installation dans le sommeil) et les « Troubles de la durée du sommeil » (réveils au cours de la nuit avec difficultés à se rendormir). Ces deux diagnostics impliquent la présence de « difficultés sérieuses d'endormissement ou de réveils nocturnes pendant au moins quatre semaines et avec cinq à sept épisodes par semaine » (DC : 0-3R, p. 63).

Le choix du diagnostic primaire prioritaire a été déterminé suivant les recommandations des auteurs du DC : 0-3R. Le diagnostic des troubles cliniques (diagnostic primaire et troubles concomitants) a été posé au terme des deux entretiens, à la fois par un pédopsychiatre et par le psychologue-chercheur qui avait réalisé les deux entretiens et bénéficié préalablement d'une formation à l'utilisation de l'outil. Le pédopsychiatre, qui n'était pas présent lors des deux entretiens, a posé le diagnostic sur base de notes manuscrites et de l'enregistrement d'une séquence d'entretien dont l'analyse des données fait l'objet d'un article soumis. Tous les diagnostics ont été discutés pour arriver à un accord. À ce stade, les professionnels n'étaient pas au courant des résultats aux instruments standardisés.

Le « Profil sensoriel » de Dunn (2010).

Le profil sensoriel de l'enfant (Dunn, 1994) est établi à partir d'un questionnaire décrivant ses comportements relativement à diverses expériences sensorielles de la vie quotidienne. Il est rempli par le parent qui indique la fréquence de ces divers comportements, selon une échelle de Likert à 5 points (de « toujours » à « jamais »). Ce test a été validé sur une population française en 2010 (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, ECPA). Nous avons utilisé la population française de référence (561 sujets tout-venant) pour comparer nos résultats. Nous avons utilisé la version abrégée de ce questionnaire qui comprend 38 items et qui demande aux parents de 10 à 15 minutes pour la compléter. Cette version comprend sept sections, chacune d'entre elles comprend de trois à sept items. Quatre d'entre elles mesurent des aspects d'hypersensibilité : la sensibilité tactile, la sensibilité au goût/à l'odorat, la sensibilité au mouvement et la sensibilité visuelle/auditive. La section « Recherche de sensations » se réfère à la recherche active de sensations, le « Filtrage auditif » au filtrage de l'information sensorielle auditive. La section « Manque d'énergie/faible » se réfère à l'hyposensibilité.

Les coefficients alpha de Cronbach varient de 0,64 à 0,89. La fidélité test-retest mesurée par le coefficient r de Bravais-Pearson varie de 0,73 à 0,92.

Échelle de développement psychomoteur de la première enfance de Brunet-Lézine (Épreuves complémentaires, BLC, 2008)

Cette échelle a été étalonnée sur une population française en 2001 et révisée en 2008 (Brunet et Lézine, 2008). Elle s'adresse à des enfants de 2 à 5 ans. Quatre domaines du développement de l'enfant sont évalués : le contrôle postural et la motricité, la coordination oculomotrice, le langage et les relations sociales. Elle compte six épreuves par niveau d'âge et permet de calculer un quotient de développement. Un quotient de développement

de 100 correspond au développement d'un enfant dont l'âge développemental correspond à l'âge chronologique. Un quotient de développement inférieur à 100 correspond au développement d'un enfant dont l'âge développemental est inférieur à l'âge chronologique, et inversement. Parmi les six épreuves par tranche d'âge, deux sont consacrées au langage expressif et réceptif. Nous avons évalué le niveau de langage en considérant le résultat le plus élevé réussi par l'enfant. Nous avons estimé que l'enfant présentait un retard de langage lorsque son niveau de langage était situé à plus d'un écart-type au-dessous de la moyenne. Pour chaque enfant, nous avons ainsi obtenu un quotient de développement psychomoteur et un niveau de langage (exprimé en mois). La moyenne des coefficients alpha de Cronbach est de 0,78; la fidélité test-retest mesurée par le coefficient r de Bravais-Pearson varie de 0,69 à 0,95.

Parenting Scale (Arnold, O'Leary, Wolff et Acker, 1993)

Le *Parenting Scale* est une échelle d'évaluation des attitudes éducatives parentales chez des parents de jeunes enfants âgés d'un an et demi à 4 ans. Quatre facteurs sont mis en évidence : le laxisme et la démission, les réactions excessives, l'excès de commentaires verbeux et les attitudes coercitives et hostiles. L'échelle a été étalonnée sur une grande population et sa validité interne a été étudiée dans différentes recherches (Rhoades et O'Leary, 2007). Pour les besoins de cette étude, elle a fait l'objet d'une traduction suivie d'une rétrotraduction par deux psychologues bilingues maîtrisant le français et l'anglais. L'outil comporte 30 questions et est conçu selon une échelle de Likert à 7 points, en fonction de la fréquence des attitudes manifestées. Il est rempli par les parents et avec l'examinateur au terme du second entretien de la procédure.

RÉSULTATS

L'analyse des données s'est effectuée au moyen du logiciel Statistica. Le test de chi-carré a été choisi pour comparer les variables catégorielles (sexe et rang familial). Le t-test de Student a été choisi pour comparer les moyennes des résultats au « Profil sensoriel » de Dunn, à l'*Échelle de développement psychomoteur* de Brunet-Lézine et au *Parenting Scale*. Le test de corrélation de Bravais-Pearson a été choisi pour calculer la corrélation entre les résultats recueillis au « Profil sensoriel » et ceux recueillis au *Parenting Scale*.

Troubles cliniques (diagnostic primaire)

L'évaluation des troubles cliniques, au moyen de la Classification Diagnostique DC : 0-3 R, montre que les troubles cliniques des enfants

sont variés. Trente-six enfants (60 %) manifestent un trouble de la régulation du traitement sensoriel, neuf enfants (15 %) un trouble mixte de l'expression émotionnelle, huit enfants présentent un trouble anxieux (13,33 %), trois enfants un trouble de l'ajustement (5 %), deux enfants (3,33 %) manifestent un trouble réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance et deux enfants (3,33 %) un état de stress post-traumatique. Conformément à la première hypothèse, le trouble de la régulation « En recherche de sensations/Impulsif » est le plus fréquent.

Troubles du sommeil concomitants

Corroborant l'hypothèse numéro 2, les résultats indiquent que les troubles du sommeil concomitants sont très fréquents. Ils sont présents chez 32 enfants de la recherche (53,3 %), tels que diagnostiqués selon les critères de la DC : 0-3R. Ceux-ci se manifestent plus souvent par un trouble de l'endormissement (installation dans le sommeil) que par un trouble de la durée du sommeil (réveils au cours de la nuit avec difficultés à se rendormir). En effet, 25 enfants (78,12 %) manifestent un trouble de l'endormissement et 7 enfants (21,87 %) un trouble de la durée du sommeil. Ces enfants présentent des symptômes anxieux et éprouvent de grandes difficultés à s'endormir seuls. Ils refusent de rester seuls dans la chambre et se mettent dans des crises de colère/anxiété importantes, exigeant la présence du parent à côté d'eux. En cas de réveil nocturne, ils ont besoin de la présence de leurs parents pour se rendormir ou les rejoignent souvent dans leur lit.

Traitement des informations sensorielles (« Profil sensoriel » de Dunn)

Le traitement des informations sensorielles représente une grande difficulté pour ces 60 jeunes enfants, comme l'indique le Tableau 1. Leur note totale se situe à plus d'un écart-type au-dessous de la moyenne standard et est significativement différente de la moyenne standard de la population de référence*.* Leur sensibilité tactile est nettement plus marquée que chez des enfants tout-venant. Par exemple, ils réagissent souvent avec émotion ou de manière agressive lorsqu'on les touche ou ils ont des difficultés à rester dans une file d'attente ou près des autres. Leur sensibilité au goût est également plus marquée que chez des enfants tout-venant. C'est ainsi qu'ils ne mangent souvent que des aliments d'une certaine saveur ou qu'ils évitent certains goûts ou certaines odeurs de nourriture faisant typiquement partie des aliments pour enfant. Dans la section « Filtrage auditif », la moyenne de leurs scores est plus faible que celle des enfants tout-venant. Par exemple, ils se montrent troublés s'il y a beaucoup de bruit autour d'eux. Ces difficultés ont très probablement une incidence sur leur vie en famille et en collectivité.

Tableau 1

Modalités du traitement sensoriel de l'ensemble de l'échantillon clinique (N = 60) comparées à la moyenne standard (N = 561) (« Profil Sensoriel » de Dunn)

	Moyenne (*ÉT*) *N = 60*	Moyenne standard (*ÉT*) *N = 561*	t-test de Student	p
Sensibilité tactile	26,35 (3,38)	29,90 (3)	t(59) = -8,11	< 0,001
Sensibilité au goût	16,01 (4,47)	17,40 (2,93)	t(59) = -2,39	< 0,05
Sensibilité au mouvement	13,33 (2,5)	12,93 (1,76)	t(59) = -0,67	NS
Recherche de sensations	19,65 (5,11)	25,10 (3,71)	t(59) = -8,26	< 0,001
Filtrage auditif	20,85 (4,31)	24,21 (3,03)	t(59) = -6,03	< 0,001
Manque d'énergie	27,13 (2,40)	27,33 (2,58)	t(59) = -0,63	NS
Sensibilité visuelle/auditive	19,26 (3,44)	19,19 (2,95)	t(59) = 0,17	NS
Total	142,48 (13,04)	158,99 (13,48)	t(59) = -9,8	< 0,001

Évaluation du développement psychomoteur et du niveau langagier (*Échelle de développement psychomoteur* de Brunet-Lézine, BLC)

L'hypothèse numéro 3, qui portait sur un retard probable de développement psychomoteur et de langage, n'est confirmée qu'en ce qui concerne le retard de langage. En effet, le développement psychomoteur des 60 enfants [*M* = 99,66 (allant de 79 à 122), *ET* = 11,09] ne diffère pas de celui des enfants typiques [*M* = 100), [*t*(59) = -0,23, NS]. Par contre, le niveau du langage des 60 enfants [*M* = 36,4 mois (allant de 24 à 60), *ÉT* = 9,29] est significativement inférieur au niveau attendu compte tenu de leur âge chronologique (*M* = 41,61 mois) [*t*(59) = -4,34, *p* < 0,001]. Le retard de langage, que nous avons défini comme étant un niveau de langage situé à plus d'un écart-type en dessous de la moyenne, est présent chez 21 enfants sur 60 (35 %).

Comparaison des caractéristiques des enfants avec un trouble de la régulation avec celles des enfants qui présentent d'autres troubles, tels que diagnostiqués par la DC : 0-3R

Nous avons voulu savoir si les enfants qui présentent un trouble de la régulation se distinguaient des autres enfants quant à la fréquence de troubles du sommeil concomitants, aux modalités de traitement sensoriel, au développement psychomoteur et aux compétences langagières. Nous les avons regroupés dans le groupe « Trouble de la régulation ». Bien que

les enfants qui présentent un trouble clinique autre qu'un trouble de régulation constituent un groupe hétérogène quant à leurs manifestations symptomatologiques, nous les avons réunis dans le groupe « Autre trouble clinique ». Comme le Tableau 2 l'indique, les enfants avec un trouble de la régulation ne sont pas différents des enfants qui manifestent un autre trouble clinique en ce qui concerne leur âge, leur poids de naissance, leur sexe et le rang dans la fratrie.

Le quotient de développement et le niveau de langage des enfants qui présentent un trouble de la régulation sont plus faibles et significativement différents de ceux des enfants qui présentent un autre trouble clinique. Il faut toutefois noter que le quotient de développement des enfants avec un trouble de la régulation (M = 96,63) ne diffère pas significativement de celui de la population des enfants tout-venant de référence (M = 100) [t(35) = -1,88, NS].

L'âge des mères dans les deux groupes ainsi que la situation familiale des enfants ne diffèrent pas significativement dans les deux groupes. Par contre, le nombre d'années d'étude des mères des enfants avec trouble de la régulation est significativement moins élevé que dans le groupe « Autre trouble clinique ».

Les troubles du sommeil sont significativement plus fréquents chez les enfants qui présentent un trouble de la régulation que chez les autres enfants : 23 enfants (63,8 %) dans le groupe « Trouble de la régulation » et 9 enfants dans l'autre groupe (37,5 %) manifestent ce trouble [(*chi carré*(1,60) = 4,03, $p < 0,05$)]. Dans les deux groupes, la fréquence du trouble de l'endormissement est la même : 18 enfants sur 23 (78,26 %) ayant un trouble de la régulation et 7 enfants sur 9 (77,77 %) avec un autre trouble clinique présentent un trouble de l'endormissement.

Lorsqu'on compare les modalités de traitement sensoriel dans le groupe « Trouble de la régulation » et dans l'autre groupe, on peut voir, comme le Tableau 3 l'indique, que les performances des enfants diffèrent surtout quant à leur comportement « En recherche de sensations » et leur « Filtrage auditif ». Les enfants avec un trouble de la régulation cherchent à faire du bruit par plaisir ou deviennent trop excitables durant des activités impliquant du mouvement. Ils passent fréquemment d'une activité à une autre, ce qui interfère avec leur jeu. Ils semblent souvent ne pas entendre ce qu'on leur dit et ne répondent pas fréquemment quand on les appelle par leur prénom bien que leur audition soit bonne. Ils ont des difficultés à terminer une tâche s'ils se trouvent dans un environnement bruyant

Tableau 2

Caractéristiques des enfants et des familles du groupe « Trouble de la régulation » et du groupe « Autre trouble clinique », tels que diagnostiqués par la DC : 0-3R

	« Trouble de la régulation » (*n* = 36)	« Autre trouble clinique » (*n* = 24)	Chi-carré de Pearson/ t-test de Student	*p*
	M (variant de - à) (*ÉT*)	M (variant de – à) (*ÉT*)		
Âge de l'enfant	40,41 mois (30-54) (7,18)	43,41 mois (31-58) (9,43)	t(58) = -1,39	NS
Poids de naissance	3,170 kg (0,37) ou 6,988 livres	3,114 kg (0,4) ou 6,937 livres	t(58) = 0,54	NS
Sexe ratio	8 filles (22,22 %) 28 garçons (77,77 %)	8 filles (33,33 %) 16 garçons (66,66 %)	Chi carré(1,60) = 0,91	NS
Rang fratrie	17 enfants uniques (47,22 %) 8 enfants aînés (22,22 %)	12 enfants uniques (50 %) 6 enfants aînés (25 %)	Chi carré(2,60) = 0,47	NS
Quotient de développement – Q.D. (BLC)	Q.D. = 96,63 (79-120) (10,69)	Q.D. = 104,2 (84-122) (10,27)	t(58) = -2,73	< 0,01
Niveau de langage (BLC) (en mois)	33,66 (24-48) (6,29)	40,5 (24-60) (11,50)	t(58) = -2,97	< 0,01
Âge de la mère	26,11 ans (16-36) (5,47)	28,5 ans (18-40) (5,93)	t(58) = -1,60	NS
Nombre d'années d'étude de la mère	12,13 ans (9-17) (2,62)	13,83 ans (9-17) (1,99)	t(58) = -2,69	< 0,01
Situation familiale	Parents : 24 (66,66 %) Autre situation familiale (mère seule, mère en couple, résidence alternée) : 12	Parents : 14 (58,33 %) Autre situation familiale (mère seule, mère en couple, résidence alternée) : 10	Chi carré (2,60) = 1,28	NS

Tableau 3

Modalités du traitement sensoriel du groupe « Trouble de la régulation » et du groupe « Autres troubles cliniques » (« Profil sensoriel » de Dunn)

	« Trouble de la régulation » *n* = 36	« Autre trouble clinique » *n* = 24	t-test de Student	p
	M (*ÉT*)	M (*ÉT*)		
Sensibilité tactile	25,86 (2,65)	27,08 (4,22)	t(58) = -1,38	NS
Sensibilité au goût	15,52 (4,65)	16,75 (4,17)	t(58) = -1,04	< 0,05
Sensibilité au mouvement	13,83 (2,22)	12,58 (2,76)	t(58) = 1,93	NS
Recherche de sensations	16,63 (3,12)	24,16 (4,08)	t(58) = -8,08	< 0,001
Filtrage auditif	19,36 (4,13)	23,08 (3,62)	t(58) = -3,58	< 0,001
Manque d'énergie	27,38 (2,24)	26,75 (2,62)	t(58) = 1,01	NS
Sensibilité visuelle/auditive	19,22 (3,77)	19,33 (2,97)	t(58) = 0,12	NS
Total	137,63 (11,29)	149,75 (12,26)	t(58) = -3,93	< 0,001

(télévision ou radio par exemple). Il est à noter que dans le groupe « Autre trouble clinique », les performances des enfants ne sont pas différentes de celles des enfants typiques en ce qui concerne le comportement « En recherche de sensations » (M = 25,10) [t(23) = -1,12, NS] et en ce qui concerne le « Filtrage auditif » (M = 24,21) [t(23) = -1,52, NS].

Attitudes éducatives parentales

Comparées avec la note totale standard, la note totale reçue à la *Parenting Scale* par les parents des enfants avec un trouble de la régulation et celle reçue par les parents des enfants avec un autre trouble clinique sont significativement différentes de la moyenne standard, [t(35) = 15,94, p < 0,001] et [t(23) =12,14, p < 0,001] respectivement, ce qui évoque des attitudes mal ajustées chez l'ensemble des parents. Les attitudes éducatives parentales sont caractérisées par un laxisme important dans le groupe « Trouble de la régulation » [t(35) = 7,71, p < 0,001] et dans le groupe « Autre trouble clinique » [t(23) = 5,61, p < 0,001]. Comme le Tableau 4 l'indique, en ce qui concerne le laxisme, il n'y a pas de différences significatives entre les attitudes des parents dans

Tableau 4

Comparaison des attitudes éducatives des parents du groupe « Trouble de la régulation » et du groupe « Autre trouble clinique » (*Parenting scale*)

	Moyenne standard (*ET*)	« Trouble de la régulation » *(n=36)*	« Autre trouble clinique » *n=24*	t-test de Student	p
		M (*ET*)	M (*ET*)		
Laxisme	2,41 (0,80)	3,83 (0,79)	3,47 (0,58)	t(58) = 1,87	NS
Réactions excessives	2,40 (0,72)	3,59 (0,44)	3,1 (0,53)	t(58) = 3,91	< 0,001
Verbosité	3,12 (1)	3,57 (0,67)	4,18 (0,78)	t(58) = -3,24	< 0,01
Hostilité	1,60 (0,71)	2,78 (0,82)	1,81 (0,88)	t(58) = 4,34	< 0,001
TOTAL	2,63 (0,62)	3,62 (0,37)	3,52 (0,35)	t (58) = 1,03	NS

les deux groupes. Ceux-ci ne mettent pas souvent à exécution un avertissement. Quand les enfants ne font pas ce que les parents leur demandent, il arrive fréquemment à ceux-ci de laisser les choses aller ou d'accomplir eux-mêmes les choses demandées.

Comparées à la moyenne standard, les attitudes parentales excessivement réactives caractérisent tant les parents du groupe « Trouble de la régulation » [(M = 3,59), t(35) = 2,83, p < 0,001] que ceux du groupe « Autres troubles cliniques » [(M = 3,10), t(23) = 2,49, p < 0,05]. Cependant, il y a une différence significative entre les attitudes réactives des parents dans les deux groupes : les parents des enfants du groupe « Trouble de la régulation » ont tendance à réagir de façon beaucoup plus excessive lorsque l'enfant se comporte mal. Il leur arrive souvent de s'énerver, de crier ou de se mettre en colère face à l'enfant.

En la comparant avec la moyenne standard, la note reçue à l'item « Verbosité » est significativement plus élevée chez les parents du groupe « Autre trouble clinique » [(M = 3,10), t(23) = 2,49, p < 0,05] et non chez les parents du groupe « Trouble de la régulation » [(M = 3,57), t(35) = 1,38, NS]. En effet, les parents des enfants avec un autre trouble clinique fournissent plus d'explications lorsqu'ils posent des règles. Ils ont tendance à répéter de nombreuses fois les consignes à l'enfant et à négocier davantage que les parents des enfants avec un trouble de la régulation.

Enfin, lorsqu'on les compare à la moyenne standard, les attitudes hostiles sont présentes de façon importante chez les parents des enfants du groupe « Trouble de la régulation » [(M = 2,78), t(35) = 8,66, p < 0,001] et non chez les parents des enfants du groupe « Autre trouble clinique » [(M = 1,81), t(23) = 1,20, NS].

En synthétisant les résultats des données recueillies avec la *Parenting Scale*, on peut observer que les attitudes parentales dans le groupe « Trouble de la régulation » sont caractérisées à la fois par le laxisme, une surréactivité marquée et par l'hostilité. Dans le groupe « Autre trouble clinique », on observe le laxisme, une certaine réactivité, mais moins importante, et de la verbosité.

L'hypothèse numéro 4 qui portait sur la présence du laxisme, de la réactivité et de l'hostilité dans les attitudes parentales n'est pas vérifiée en ce qui concerne l'hostilité qui ne caractérise pas les attitudes de tous les parents, mais seulement celles des parents des enfants qui présentent un trouble de la régulation. La deuxième partie de cette hypothèse qui postulait des différences dans les attitudes parentales selon l'expression symptomatologique de l'enfant est corroborée.

Nous avons voulu savoir si l'importance des difficultés de traitement sensoriel des enfants était liée à l'importance des attitudes parentales surréactives et hostiles. Les résultats montrent que les difficultés sensorielles sont corrélées positivement, mais modestement, tant aux attitudes parentales surréactives qu'aux attitudes hostiles [r(58) = 0,31, p < 0,05.] et [r(58) = 0,30, p < 0,05], respectivement.

DISCUSSION

Cette étude en cours avait pour objectif d'étudier, chez de jeunes enfants de moins de 5 ans qui manifestent de l'agressivité physique excessive, la présence et la nature des troubles cliniques, les troubles fonctionnels concomitants ainsi que le développement psychomoteur et les capacités langagières. Elle avait également pour but de se pencher sur les attitudes éducatives parentales et de les mettre en lien avec les manifestations symptomatologiques des enfants.

Dans la population des jeunes enfants qui manifestent de l'agressivité physique excessive, la répartition du sexe ratio est conforme à celle de recherches antérieures pour ce qui concerne la tranche d'âge étudiée (Baillargeon *et al.,* 2007).

Les résultats montrent la variété des troubles cliniques, ce qui semble être en concordance avec la pratique clinique (Lüthi-Faivre *et al.*, 2005). La

prévalence du trouble de la régulation sensorielle chez 60 % des enfants se situe dans la continuité des résultats de différentes études (Bron *et al.*, 2012; Gouze *et al.*, 2009), concluant à la prévalence du trouble de la régulation chez de jeunes enfants présentant des manifestations psychopathologiques diverses, ce qui peut être expliqué par la présence probable de déficits d'autorégulation pouvant entraîner une variété de problèmes émotionnels et comportementaux (Degangi, Breinbauer, Doussard Roosevelt, Porges et Greenspan, 2000). Plus particulièrement, le comportement « En recherche de stimulations sensorielles/Impulsif » semble être le plus fréquemment représenté chez des jeunes enfants et des enfants dans la population clinique qui consulte des professionnels de santé (Reebye et Stalker, 2007). Dans cette étude, tous les enfants avec un trouble de la régulation sensorielle présentaient ce comportement. Les résultats ne convergent toutefois pas avec ceux de l'étude de Lüthi-Faivre et ses collaborateurs (2005), qui concernait une population de très jeunes enfants manifestant des problèmes de comportement d'expression symptomatologique variée (crises de colère, opposition, désobéissance, agressivité) et qui notait une large prépondérance des troubles de l'affect.

La présence d'un retard de langage chez un peu plus du tiers de l'ensemble des enfants confirme les résultats de recherches concernant les enfants plus âgés et les adolescents qui manifestent un trouble des conduites (Barker *et al.*, 2011; INSERM, 2005).

Les résultats au *Profil sensoriel* de Dunn ont mis en évidence, chez tous les enfants, des modalités particulières de traitement sensoriel en ce qui concerne la sensibilité au goût et la sensibilité tactile. Ces enfants sont difficiles à satisfaire sur le plan alimentaire, ce qui entraîne fréquemment des conflits au moment des repas. Ces difficultés alimentaires ont été soulignées chez de jeunes enfants qui présentent des difficultés de traitement sensoriel (Williamson et Anzalone, 2001). Leur hypersensibilité tactile a sans doute des incidences sur leur comportement en collectivité et notamment sur les manifestations d'agressivité. La mise en évidence de ces particularités de traitement sensoriel peut avoir des implications sur le plan clinique, dont nous discuterons plus loin.

Chez les enfants qui présentent un trouble de la régulation, les résultats au *Profil sensoriel* ont appuyé le diagnostic préalablement posé de comportement « En recherche de sensations/Impulsif » puisqu'ils reçoivent une note élevée dans la section « Recherche de sensations », alors que les enfants qui manifestent un autre trouble clinique ont un comportement typique dans cette section.

Les enfants avec un trouble de la régulation ont reçu également une note élevée à la section « Filtrage auditif », ce qui montre des difficultés

marquées de traitement et de modulation dans la sphère auditive, difficultés qui pourraient, selon certains auteurs, constituer un marqueur spécifique du trouble de la régulation sensorielle (McIntosh, Miller, Shyu et Hagerman, 1999; Pérez Robles, Jané Ballabriga, Doval Diéguez et Caldeira da Silva, 2011).

Certains items du « Profil sensoriel », tel « A des difficultés à fixer son attention » ou « Passe d'une activité à une autre, ce qui interfère avec son jeu », concernent les difficultés attentionnelles. Les enfants avec un trouble de la régulation « En recherche de sensations/Impulsif » reçoivent une note élevée dans les sections comprenant ces items, ce qui évoque chez eux la possibilité de la présence fréquente de difficultés attentionnelles, comme le suggèrent Dunn et Bennett (2002). Dans une recherche récente concernant de jeunes enfants manifestant de l'agressivité physique excessive, l'évaluation de l'attention, au moyen d'un questionnaire de tempérament, a souligné les difficultés attentionnelles accrues chez les enfants qui présentaient un trouble de la régulation (Urbain-Gauthier et Wendland, 2015).

Les troubles du sommeil concomitants sont présents, selon les critères de la DC : 0-3R, chez 53,33 % des enfants les jeunes enfants manifestant de l'agressivité excessive. Cette fréquence est nettement plus élevée que chez des enfants tout-venant du même âge, fréquence qui varie, selon les auteurs, de 10 à 30 % (Lam, Hiscock et Wake, 2009). Des études longitudinales ont souligné le risque accru que de très jeunes enfants qui présentent des problèmes de sommeil manifestent des problèmes émotionnels et comportementaux à l'âge de 5 ans (Sivertsen, Harvey, Reichborn-Kjennerud, Torgersen, Ystrom et Hysing, 2015), des problèmes de régulation de l'attention pendant la période préscolaire (Sadeh, De Marcas, Guri, Berger, Tikotzky et Bar-Haim, 2015) ainsi que des problèmes ultérieurs de comportement externalisé et de l'hyperactivité dans des familles à haut risque social (Hemmi *et al.*, 2011).

Les résultats montrant la nette prédominance, chez tous les enfants, des troubles de l'endormissement sur les troubles de la durée du sommeil, se situent dans la continuité de la recherche de Steinsbekk, Berg-Nielsen et Wichstrøm (2013) qui recensait, dans une cohorte de jeunes enfants typiques de 4 ans, un peu moins de 20 % de troubles de la durée du sommeil sur l'ensemble des troubles du sommeil. Ce résultat pourrait correspondre à la structure du sommeil chez les enfants de cet âge (Hill, 2011).

Les pratiques parentales au moment du coucher ou lors des réveils nocturnes pendant la petite enfance ont été mises en cause dans le développement et le maintien des troubles du sommeil (Hill, 2011) :

l'utilisation de réconfort physique actif chez de jeunes enfants prédit la continuité de problèmes de sommeil et peut être considérée comme une entrave au développement de la régulation de cycles sommeil-veille (Morrell et Steele, 2003). Confrontées aux crises de colère/anxiété des enfants au moment du coucher, la majorité des mères rapportent qu'elles restent un certain temps à côté de l'enfant en le touchant ou qu'elles se couchent fréquemment dans son lit jusqu'à ce que l'enfant soit endormi. Lorsqu'il se réveille la nuit et vient rejoindre ses parents dans leur lit, ceux-ci acceptent souvent que l'enfant termine la nuit près d'eux. Il est probable que ces pratiques parentales renforcent les difficultés de sommeil chez l'enfant (Anders, Halpern et Hua, 1992). L'anxiété des enfants semble être souvent partagée par les mères qui expriment fréquemment des doutes relatifs à leur fonction maternelle et des inquiétudes quant au fait que des limites posées à l'enfant puissent augmenter son mal-être et son anxiété. Par ailleurs, il est possible que la qualité du sommeil chez ces jeunes enfants soit liée à la qualité des interactions parentales (Bordeleau *et al.*, 2012) qui sont marquées par un niveau élevé de surréactivité chez tous les parents. Étant donné que le manque de sommeil a probablement une incidence sur l'irritabilité de ces jeunes enfants, sur les problèmes attentionnels (Montgomery et Wiggs, 2015) ainsi que sur les fonctions exécutives et en particulier dans les tâches qui mobilisent le contrôle des réponses impulsives (Bernier, Carlson, Bordeleau et Carrier, 2010), il semble important de pouvoir travailler sur les pratiques et les cognitions parentales dans l'objectif d'aider les parents à développer des stratégies autorégulatrices autonomes chez l'enfant.

Les résultats ont mis en évidence des particularités et des retards spécifiques chez les enfants avec un trouble de la régulation. En effet, ils manifestent significativement davantage de retards de langage et de problèmes de sommeil que les enfants qui présentent un autre trouble clinique, ce qui confirme la proposition de Reebye et Stalker (2007). D'autre part, les troubles de la régulation impliquent fréquemment la dysrégulation émotionnelle (Miller *et al.*, 2004). Chez ces jeunes enfants, la qualité et la durée du sommeil ont probablement un impact sur l'ajustement socioémotionnel (Bagley et El-Sheikh, 2013), comme l'ont montré des études expérimentales chez des adolescents et des adultes (Palmer et Alfano, 2016). Les enfants avec un trouble de la régulation présentent également un niveau de développement psychomoteur significativement plus bas que celui des enfants qui manifestent un autre trouble clinique. Toutefois, leur développement psychomoteur n'est pas différent de celui des enfants typiques, ce qui diverge avec les conclusions de Reebye et Stalker (2007) quant à des difficultés motrices marquées chez les enfants avec un trouble de la régulation. Cette divergence est probablement due à la limitation méthodologique de l'outil qui évalue de façon globale le développement psychomoteur. Des recherches ultérieures

pourraient évaluer, au moyen d'outils mesurant plus spécifiquement les compétences motrices, la présence et la nature de dysfonctionnements moteurs chez les enfants qui manifestent un trouble de la régulation.

Ces résultats, qu'il conviendrait d'étendre à une population plus large, peuvent conduire à penser que les enfants avec un trouble de la régulation sont plus à risque sur le plan développemental que d'autres enfants.

En ce qui concerne les attitudes parentales, les résultats mettent en évidence, chez tous les parents, à la fois le laxisme et la surréactivité, et convergent avec les résultats des recherches concernant des enfants plus âgés et des adolescents (Fite *et al.*, 2006; O'Leary et Vidair, 2005). L'alternance d'attitudes parentales contradictoires de laisser-aller et de réactivité excessive peut rendre difficile chez les enfants l'intégration de repères clairs quant aux comportements attendus de la part de leurs parents. Les résultats montrent que les parents des enfants avec un trouble de la régulation manifestent davantage de comportements surréactifs, laxistes et hostiles que les autres parents. Bien que faibles, des corrélations positives significatives ont été établies entre les attitudes surréactives et hostiles parentales et les difficultés sensorielles chez les enfants. Quoique ce résultat se rapporte à une population restreinte, il peut nuancer la liaison sur le plan épidémiologique du trouble de la régulation et des troubles du comportement proposée par certains auteurs (Bron *et al.*, 2012; Gouze *et al.*, 2009). En effet, il est probable que les difficultés de régulation émotionnelle et comportementale des jeunes enfants soient renforcées par les attitudes parentales surréactives et hostiles qui ne leur permettent pas de fournir des stratégies de régulation émotionnelle et peuvent favoriser le développement et le maintien des conduites agressives. À leur tour, les attitudes parentales surréactives et hostiles sont probablement exacerbées par les difficultés sensorielles qui ont un impact sur le comportement quotidien des enfants. Nous rejoignons la proposition de Shaw, Bell et Gilliom (2000) suggérant un modèle explicatif de l'origine des troubles du comportement selon lequel les caractéristiques du jeune enfant et de l'environnement s'influencent mutuellement et se renforcent dès le plus jeune âge. Des recherches ultérieures pourraient documenter, sur une population plus étendue, la corrélation entre la sévérité du trouble de la régulation, les problèmes comportementaux et les attitudes parentales.

Cette recherche a concerné une population de familles se situant dans la moyenne sur le plan socioéconomique, en prenant en compte le niveau d'éducation des mères. Elle rejoint les quelques recherches concernant les enfants avec des troubles du comportement dans les familles de niveau socioéconomique moyen. En effet, la plupart des recherches sur les troubles du comportement se sont adressées à des populations

défavorisées sur le plan socioéconomique, en raison des risques accrus de développement de problèmes psychopathologiques (Broidy *et al.*, 2003).

IMPLICATIONS CLINIQUES

Au vu de ces résultats, il semble primordial d'évaluer la présence du trouble de la régulation chez les jeunes enfants qui manifestent des problèmes comportementaux, en raison non seulement de sa fréquence, mais aussi de l'importance des troubles associés, ce qui rejoint la proposition de Miller et ses collaborateurs (2004). Informer et discuter avec les parents et les professionnels (éducateurs, enseignants) des difficultés spécifiques de traitement sensoriel et de leur impact sur le comportement de ces jeunes enfants peut être utile dans la recherche de stratégies adaptées à la vie familiale et en collectivité. Une attention particulière devrait être également accordée aux troubles du sommeil fréquemment présents chez ces enfants, en raison des conséquences sur leur développement. Enfin, il en est de même pour les attitudes parentales qui peuvent contribuer, chez de jeunes enfants, au développement et au maintien des troubles du comportement et qui, chez des enfants avec un trouble de la régulation, semblent renforcer les difficultés de régulation émotionnelle et comportementale.

LIMITES

Quelques limites sont à souligner dans cette recherche. La première concerne l'absence de documentation relative à l'importance des troubles du comportement. Bien que les questionnaires de comportement de l'enfant remplis par les parents ou les enseignants soient sujets à de nombreux biais liés aux perceptions subjectives (Lorber et O'Leary, 2005), leur inclusion méthodologique aurait permis de mieux documenter l'importance des troubles du comportement et de voir si des corrélations pouvaient être établies avec les résultats recueillis relatifs au traitement sensoriel ou aux attitudes parentales. Une autre limite concerne l'absence d'un accord interjuges relatif au diagnostic DC : 0-3R. Enfin, cette recherche est en cours et les données relatives à un groupe de comparaison ne sont pas encore disponibles. Malgré ces limites, cette recherche s'ajoute au nombre restreint d'études relatives aux troubles du comportement chez le jeune enfant.

CONCLUSION

Cette recherche en cours tend à montrer que les jeunes enfants qui présentent de l'agressivité physique excessive manifestent des difficultés cumulées quant aux modalités de traitement sensoriel, à la qualité du

sommeil et aux compétences langagières, et ce, dans un contexte familial où les pratiques éducatives parentales mal ajustées concourent probablement au développement et au maintien des troubles. Les résultats confirment la présence fréquente du trouble de la régulation du traitement sensoriel et laissent à penser qu'une plus grande attention devrait être portée au diagnostic de ce trouble afin de pouvoir proposer des stratégies thérapeutiques adaptées. Des recherches ultérieures pourraient concerner une population plus large de jeunes enfants agressifs et comparer celle-ci avec une population d'enfants tout-venant en ce qui concerne les modalités de traitement sensoriel, les troubles du sommeil et les attitudes parentales.

RÉFÉRENCES

Adrien, J.-L. (2011). La psychopathologie du développement de l'enfant permet-elle de mieux explorer et comprendre l'autisme? Dans J.-L. Adrien et M. P. Gattegno (dir.), *L'autisme de l'enfant : Évaluations, interventions et suivis* (p. 17-32). Paris, France : Mardaga.

Ahn, R. R., Miller, L. J., Milberger, S. et McIntosh, D. N. (2004). Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *American Journal of Occupational Therapy*, *58*(3), 287-293.

Anders, T. F., Halpern, L. F. et Hua, J. (1992). Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics, 90*(4), 554-560.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd.*; traduit par M. A. Crocq et ses collaborateurs, 2015). Paris, France : Elsevier Masson.

Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S. et Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*(2), 137-144.

Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.

Bagley, E. et El-Sheikh, M. (2013). Children's sleep and internalizing and externalizing symptoms. Dans A. R. Wolfson et H. E. Montgomery-Downs (dir.), *The Oxford handbook of infant, child, and adolescent sleep and behavior* (p. 381-396). New York, NY : Oxford University Press.

Baillargeon, R. H., Zoccolillo, M., Keenan, K., Côté, S., Pérusse, D., Wu, H.-X., . . . Tremblay, R. E. (2007). Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age. *Developmental Psychology, 43*(1), 13-26.

Barker, E. D., Tremblay, R. E., van Lier, P. A. C., Vitaro, F., Nagin, D. S., Assaad, J.-M. et Seguin, J. R. (2011). The neurocognition of conduct disorder behavior: Specificity to physical agression and theft after controlling for ADHD symptoms. *Aggressive Behavior*, *37*(1), 63-72.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY : The Guilford Press.

Bell, B. G. et Belsky, J. (2008). Parents, parenting, and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. *British Journal of Developmental Psychology, 26*(4), 579-593.

Bernier, A., Carlson, S. M., Bordeleau, S. et Carrier, J. (2010). Relations between physiological and cognitive regulatory systems: Infant sleep regulation and subsequent executive functioning. *Child Development, 81*(6), 1739-1752.

Bordeleau, S., Bernier, A. et Carrier, J. (2012). Longitudinal associations between the quality of parent-child interactions and children's sleep at preschool age. *Journal of Family Psychology*, *26*(2), 254-262.

Bradley, R. H. et Corwyn, R. F. (2008). Infant temperament, parenting, and externalizing behavior in first grade: A test of the differential susceptibility hypothesis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(2), 124-131.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E. et Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler socio-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(7), 849-858.

Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., . . . Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent deliquency: A six site, cross national study. *Developmental Psychology, 39*(2), 222-245.

Bron, T. I., van Rijen, E. H. M., van Abeelen, A. M. et Lambregtse-van Den Berg, M. P. (2012). Development of regulation disorders into specific psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, *33*(2), 212-221.

Bruder-Costello, B., Warner, V., Talati, A., Nomura, Y., Bruder, G. et Weissman, M. (2007). Temperament among offspring at high and low risk for depression. *Psychiatric Research, 153*(2), 145-151.

Brunet, O. et Lézine I. (2008). *Echelle de développement psychomoteur, épreuves complémentaires.* Paris, France : Éditions du Centre de psychologie appliquée.

Cohen, N. J., Menna, R., Vallance, D. D., Barwick, M. A., Im, N. et Horodezky, N. B. (1998). Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*(6)*,* 853-864.

Côté, S. M., Vaillancourt, T., LeBlanc, J. C., Nagin, D. S. et Tremblay, R. E. (2006). The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*(1), 71-85.

DC : 0-3 R (2009). *La classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première enfance*, *édition révisée*. Genève, Suisse : Médecine et hygiène.

Degangi, G. A., Breinbauer, C., Doussard Roosevelt, J., Porges, S. et Greenspan, S. (2000). Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Mental Health Journal, 21*(3), 156-175.

Dunn, W. (1994). Performance of typical children on the sensory profile: An item analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, *48*(11), 967-974.

Dunn W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. *Infants & Young Children, 9*(4), 23-35.

Dunn, W. (2010). *Profil sensoriel*. Paris, France : Éditions du Centre de psychologie appliquée.

Dunn, W. et Bennett, D. (2002). Patterns of sensory processing in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Occupational Therapy Journal of Research, 22*(1), 4-15.

Fite, P. J., Colder, C. R., Lochman, J. E. et Wells, K. C. (2006). The mutual influence of parenting and boys' externalizing behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *27*(2), 151-164.

Fox, C., Snow, P. C. et Holland, K. (2014). The relationship between sensory processing difficulties and behaviour in children aged 5-9 who are at risk of developing conduct disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties, 19*(1), 71-88.

Frick, P. J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *46*(7), 26-37.

Gerstein, E. D. et Poehlmann-Tynan, J. (2015). Transactional processes in children born preterm: Influences of mother-child interactions and parenting stress. *Journal of Family Psychology*, *29*(5), 777-787.

Gimenez, C. et Blatier, C. (2004). Étude de l'émergence de l'agressivité physique au cours de la prime enfance. Une analyse des comportements des enfants âgés de 17 mois. *Devenir, 16*(4), 309-335.

Gouze, K. R., Hopkins, J., LeBailly, S. A. et Lavigne, J. V. (2009). Re-examining the epidemiology of sensory regulation dysfunction and comorbid psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(8), 1077-1087.

Greenspan, S. I. et Wieder, S. (1993). Regulatory disorders. Dans C. H. Zeanah Jr. (dir.), *Handbook of infant mental health* (p. 280-290). New York, NY : Guilford Press.

Guedeney, A. et Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : Une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant*, *49*(1), 227-278.

Gunn, T. E., Tavegia, B. D., Houskamp, B. M., McDonald, L. B., Bustrum, J. M., Welsh, R. K. et Mok, D. S. (2009). Relationship between sensory deficits and externalizing behaviors in an urban, latino preschool population. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(6), 653-661.

Hemmi, M. H., Wolke, D. et Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping, and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(7), 622-629.

Hill, C. (2011). Practitioner review: Effective treatment of behavioural insomnia in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(7), 731-740.

INSERM (2005) (dir.). *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Rapport de l'expertise collective, 14. Paris, France : Les Éditions Inserm. Repéré à : http://hdl.handle.net/10608/104

Kern, J. K., Geier, D. A., Sykes, L. K., Geier, R. C. et Deth, R. C. (2015). Are ASD and ADHD a continuum? A comparison of pathophysiological similarities between the disorders. *Journal of Attention Disorders, 19*(9), 805-827.

Knox, M., Burkhart, K. et Khuder, S. A. (2011). Parental hostility and depression as predictors of young children's aggression and conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 20*(7), 800-811.

Lam, P., Hiscock, H. et Wake, M. (2009). Outcomes of infant sleep problems: A longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics, 111*(3), 203-207.

Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K. et Gibbons, R. D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(12), 1246-1254.

Lorber, M.F. et O'Leary, S.G. (2005). Mediated paths to overreactive discipline : Mothers' experienced emotion, appraisals, and physiological responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 972-981.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L. et Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development, 64*(2), 572-585.

Lüthi-Faivre, F., Sancho-Rossignol, A., Rusconi Serpa, S., Knauer, D., Palacio Espasa, F. et Robert-Tissot, C. (2005). Troubles du comportement entre 18 et 36 mois : Symptomatologie et psychopathologie associées. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 53*(4), 176-185.

McIntosh, D. N., Miller, L. J., Shyu, V. et Hagerman, R. J. (1999). Sensory-modulation disruption, electrodermal responses, and functional behaviours. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *41*(9), 608-615.

Miller, L. J., Robinson, J. et Moulton, D. (2004). Sensory modulation dysfunction: Identification in early childhood. Dans R. DelCarmen-Wiggins et A. Carter (dir.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (p. 247-270). New York, NY : Oxford University Press,

Miller Brotman, L., O'Neal, C. R., Huang, K.-Y., Kiely Gouley, K., Rosenfelt, A. et Shrout, P. E. (2009). An experimental test of parenting practices as a mediator of early childhood physical aggression. *The Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *50*(3), 235-245.

Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, *61*(3), 893-910.

Montgomery, P. et Wiggs, L. (2015). Definitions of sleeplessness in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): implications for mothers' mental state, daytime sleepiness and sleep-related cognitions. *Child: Care, Health and Development, 41*(1), 139-146.

Morrell, J. et Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent sleeping infant problems. *Infant Mental Health Journal*, *24*(5), 447-468.

Normand, S., Maisonneuve, M.-F., Schneider, B. H. et Richard, J. F. (2009). Lorsque les mots ne suffisent plus : les difficultés langagières et l'agressivité au cours de l'enfance. Dans B. H. Schneider, S. Normand, M. Allès-Jardel, M. A. Provost et G. M. Tarabulsy (dir.), *Conduites agressives chez l'enfant : Perspectives développementales et psychosociales* (p. 83-103). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

O'Leary, S. G. et Vidair, H. B. (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: Predicting child behavior problems. *Journal of Family Psychology*, *19*(2), 208-216.

Olson, S. L., Lopez-Duran, N., Lunkenheimer, E. S., Chang, H. et Sameroff, A. J. (2011). Individual differences in the development of early peer agression: Integrating contributions of self-regulation, theory of mind, and parenting. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 253-266.

Paavonen, E. J., Porkka-Heiskanen, T. et Lahikainen, A. R. (2009). Sleep quality, duration and behavioral symptoms among 5-6-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *18*, 747-754.

Palmer, C. A. et Alfano, C. A. (2016). Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, *31*, 6-16. doi : 10.1016/j.smrv.2015.12.006

Pérez Robles, R., Jané Ballabriga, M. C., Doval Diéguez, E. et Caldeira da Silva, P. (2011). Validating regulatory sensory processing disorders using the sensory profile and child behavior checklist (CBCL 1 ½ -5). *Journal of Child and Family Studies*, *21*(6), 906-916.

Reebye, P. et Stalker, A. (2007). Regulation disorders of sensory processing in infants and young children. *BC Medical Journal, 49*(4), 194-200.

Rhoades, K. A et O'Leary, S. G. (2007). Factor structure and validity of the Parenting Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36*(2), 137-146.

Sadeh, A., De Marcas, G., Guri, Y., Berger, A., Tikotzky, L. et Bar-Haim, Y. (2015). Infant sleep predicts attention regulation and behavior problems at 3-4 years of age. *Developmental Neuropsychology, 40*(3), 122-137.

Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A. et Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, *64*(1), 80-97.

Scholl J.-M. (2007). Classification diagnostique 0-3 ans : recherche sémiologique sur les troubles de la régulation. *La psychiatrie de l'enfant, 50*(1), 179-203.

Shaw, D. S., Bell, R. Q. et Gilliom, M. (2000). A truly early starter model of antisocial behavior revisited. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(3), 155-172.

Sivertsen, B., Harvey, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., Torgersen, L. Ystrom, E. et Hysing, M. (2015). Later emotional and behavioral problems associated with sleep problems in toddlers : A longitudinal study. *JAMA Pediatrics, 169*(6), 575-582.

Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. S. et Wichstrøm, L. (2013). Sleep disorders in preschoolers: Prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 34*(9), 633-641.

Tomchek, S. D. et Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the short sensory profile. *American Journal of Occupational Therapy*, *61*(2), 190-200.

Tremblay, R.E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems : The « original sin » hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(4), 341-367.

Tremblay, R. E. (2008). Understanding development and prevention of chronic physical aggression: Towards experimental epigenetic studies. *Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences, 363*(1503), 2613-2622.

Urbain-Gauthier, N. et Wendland, J. (2015). L'agressivité excessive chez les jeunes enfants : Troubles cliniques, tempérament et interactions maternelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 63*(5)*,* 317-323.

van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., van Aken, M. A. G., Deković, M. et Denissen, J. J. A. (2007). Parental personality, parenting and toddlers' externalising behaviours. *European Journal of Personality*, *21*(8), 993-1015.

Vitaro, F., Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M. et Tremblay, R. E. (2006). Do early difficult temperament and harsh parenting differentially predict reactive and proactive aggression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*(5), 681-691.

Webster-Stratton, C. et Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in head start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *1*(2), 101-124.

Weiss, S. J., St Jonn-Seed, M. et Wilson, P. (2004). The temperament of pre-term, low birth weight infants and its potential biological substrates. *Research in Nursing Health, 27*(6), 392-402.

Williamson, G. G. et Anzalone, M. E. (2001). *Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping very young children interact with their environment*. Washington, DC : Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs.

Zeanah, C. H., Boris, N. W. et Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(2), 165-178.

RÉSUMÉ

L'agressivité physique excessive chez les jeunes enfants est un problème important en santé mentale, entraînant des dysfonctionnements en famille et en collectivité, voire l'exclusion sociale précoce. Les objectifs de cette étude sont de : a) spécifier les troubles cliniques chez 60 jeunes enfants, âgés de moins de 5 ans, orientés pour de l'agressivité excessive ainsi que leur profil développemental; b) cerner les caractéristiques des attitudes parentales et les articuler avec les profils développementaux des enfants. Les résultats sont discutés en termes des stratégies thérapeutiques adaptées qui peuvent être proposées pour aider ces enfants et leurs parents.

MOTS CLÉS

agressivité, jeunes enfants, troubles cliniques, troubles de la régulation sensorielle, attitudes parentales

ABSTRACT

Excessive aggression in young children is of major concern in the field of child mental health. They often disturb family and social life, and may even lead to early social exclusion. The aim of this paper is to specify the clinical troubles and the developmental profile of 60 preschool children under 5 years referred for excessive aggression. The second aim is to define parenting characteristics and to articulate them with the children's developmental profile. The results are discussed in terms of their implications for the therapeutic interventions that may be designed to help these young children and their family.

KEY WORDS

aggression, preschool children, clinical troubles, sensory processing disorder, parenting