

Université de Montréal

Influence de la fratrie sur la compétence sociale des enfants préscolaires
consultant en clinique psychiatrique

Par Alexanne Lessard

Université de Montréal, Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral présenté
en vue de l'obtention du grade du Doctorat en Psychologie clinique (D.Psy.)

Août, 2021

© Alexanne Lessard, 2021

Université de Montréal
Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Cet essai intitulé

**Influence de la fratrie sur la compétence sociale des enfants préscolaires consultant en
clinique psychiatrique**

Présenté par

Alexanne Lessard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Julie Laurin

Président-rapporteur

Marie-Julie Béliveau

Directeur de recherche

Geneviève Mageau

Membre du jury

Résumé

L'acquisition d'une bonne compétence sociale est une tâche développementale primordiale pour le jeune enfant. Les frères et sœurs constituent fréquemment les premières relations de collaboration et d'échange. Il est ainsi probable qu'ils exercent une influence considérable sur le développement des habiletés sociales de l'enfant. La présente étude vise à mieux comprendre l'influence que la fratrie peut avoir sur la compétence sociale d'une population clinique d'enfants d'âge préscolaire présentant des difficultés développementales et émotionnelles. L'évaluation de la compétence sociale a été effectuée par l'entremise du *Profil Socio-Affectif* (PSA; LaFrenière et al., 1990). La position dans la fratrie, le nombre de frères et sœurs ainsi que le fait d'être une fille avec une haute proportion de filles dans la fratrie de 411 enfants ont été observés afin de comprendre leur relation avec le score obtenu à l'échelle de la compétence sociale du PSA. Parmi les variables décrivant la fratrie, la proportion de filles dans la fratrie, mais pour les filles uniquement, et le nombre de frères et sœurs s'avèrent être significativement associés à la compétence sociale. Plus précisément, être une fille avec une haute proportion de filles dans la fratrie est associée à une meilleure compétence sociale ($p < 0,001$) et la présence d'un seul frère ou sœur est associée à une meilleure compétence sociale que l'absence de fratrie ou une fratrie plus nombreuse ($p = 0,02$). De plus, certaines catégories diagnostiques ont été significativement associées à la compétence sociale: les problèmes relationnels et familiaux de l'enfant ($p < 0,001$), les retards mentaux et les troubles envahissants du développement ($p < 0,001$) ainsi que la catégorie regroupant les troubles de la communication et les troubles moteurs ($p = 0,01$). Le pays de naissance de la mère ($p < 0,001$), l'âge ($p = 0,03$) et le sexe de l'enfant ($p < 0,001$), sont également significativement

associé à la compétence sociale. L'ensemble de ces variables expliquent 23,3% de la variance sur la compétence sociale, selon le modèle de régression. La présente étude souligne l'importance d'un plus grand nombre d'études s'intéressant aux facteurs personnels et familiaux et à l'influence qu'ils ont sur la compétence sociale, en particulier pour les enfants souffrant de psychopathologies.

Mots-clés: Fratrie, compétence sociale, développement enfant, enfance, préscolaire, population clinique.

Abstract

Acquiring good social competence is an essential part of a young child's developmental tasks. Sibling relationships often are the first ones characterized by collaboration and exchange. Thus, having a sibling will most likely considerably influence children social skills' development. This study aims to better understand siblings' influence on social competence in a clinical population of preschool children with developmental and emotional difficulties. Social competence was assessed with the Preschool Socio affective Profile (LaFrenière and al.,1990). The child's birth rank, the total number of siblings and being a girl with a high proportion of girls among siblings were studied to understand how they related to the social competence score of preschoolers referred to an ambulatory psychiatric clinic (N = 411). The results showed that among the siblings' variables, being a girl with a high proportion of girls among siblings was significantly associated with social competence ($p < 0.001$). In other words, girls with a high proportion of girl siblings are associated with a higher social competency score. The number of siblings also correlated with social competence ($p = 0.02$): the presence of a single sibling was associated with better social competence than having none or several. Three diagnostic categories were also found to be significantly associated with social competence: family or relationship problems ($p < 0.001$), mental retardation and pervasive developmental disorders ($p < 0.001$), as well as the category combining communication and motor disorders ($p = 0,01$). The mother's birth country ($p < 0.001$), the child's age ($p = 0.03$) and the child's sex ($p < 0.001$) were also significantly associated with social competence. All these variables explain 23.3% of the variance on social competence, according to the regression model. The present study highlights how important it is to do more studies that focus on personal and family factors and their influence on the social competence, especially for children with psychopathologies.

Keywords: siblings, social competence, clinical population, development, preschool, preschoolers

Table des matières

Résumé.....	1
Abstract.....	3
Table des matières.....	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des sigles	7
Remerciements.....	8
Introduction.....	9
Contexte théorique	10
Compétence Sociale.....	10
La relation fraternelle.....	10
Fratrie et compétence sociale.....	11
Rang dans la fratrie	13
Le genre et la fratrie	13
La relation fraternelle et les enfants difficiles.....	15
Enfants préscolaires consultant en clinique	15
Autres facteurs d'influence	17
Statut socioéconomique et compétence sociale	17
L'âge et la compétence sociale	17
Facteurs socioculturels.....	17
Hypothèses.....	18
Méthodologie	18
Participants.....	18
Matériel et Procédure	20

Profil socioaffectif	20
Questionnaire de préinscription (QPI)	21
Diagnostics.....	22
Traitement statistique.....	24
Résultats	25
Analyses préliminaires.....	25
Modèle final	28
Discussion	30
Variables relatives à la fratrie	30
Association avec le type de pathologie.....	33
Variables socio-démographiques	37
Implications.....	38
Forces et limites	39
Directions pour de futures recherches.....	40
Conclusion	42
Références.....	44
Annexe 1 : 24 catégories de regroupement des diagnostics	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Mesure d'accord kappa par catégories de diagnostics</i>	23
Tableau 2 : <i>Chevauchement entre les troubles de la communication et les troubles moteurs</i>	24
Tableau 3 : <i>Fréquences de chaque catégorie de diagnostic</i>	24
Tableau 4 : <i>Statistiques descriptives et corrélations entre les variables contrôles, les variables reliées à la fratrie et la compétence sociale</i>	27
Tableau 5 : <i>Model final de régression hiérarchique</i>	29

Liste des sigles

CPPE : Clinique psychiatrique de la petite enfance

PSA : Profil sociaux affectif

QPI : Questionnaire de préinscription

TDA : Trouble du déficit de l'attention

TED : Trouble envahissant du développement

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice Marie-Julie pour ses nombreuses rétroactions et conseils, mais également pour sa sensibilité envers les diverses adversités auxquelles j'ai fait face pendant mon parcours. Elle m'a offert de la sécurité et de la compassion à travers des défis qui dépassaient ceux prévus dans mon parcours académique. Il est précieux d'avoir une directrice sensible à sa santé mentale lorsque des projets comme celui-ci sont construits. J'aimerais également remercier Fannie Labelle, une collègue du laboratoire qui m'a particulièrement aidée avec les statistiques, ma bête noire dans ce projet. Elle m'a offert un soutien et de l'espoir au moment où j'ai compris que je devais presque entièrement recommencer mes analyses. Nos échanges m'ont beaucoup appris. Sa disponibilité, sa motivation, ses encouragements et ses relectures m'ont été d'une aide précieuse. Plusieurs personnes de mon entourage ont également fait une différence dans la réalisation de ce projet. À mon conjoint Clément et son expertise précieuse d'Excel et de Word. Je suis reconnaissante de son implication dans cette partie de ma vie. Il m'a aidée à optimiser mes méthodes de travail et m'a sauvé de nombreux blocages informatiques. Merci également à ses nombreuses relectures qui ont permis d'améliorer la qualité du français et s'assurer que le tout soit compréhensible. Je remercie également mon amie Stéphanie pour nos nombreuses rencontres de rédaction. Elle m'a permis de rester motivée et organisée, mais surtout de joindre l'utile à l'agréable. Enfin, merci à mon amie Sarah-Hélène pour son support inconditionnel. Elle a permis à mon estime personnelle de tenir le coup à travers les délais et les embuches. On dit qu'il faut un village pour élever un enfant, je crois qu'il faut un entourage soutenant pour qu'un projet comme celui-ci se réalise. Je me trouve privilégiée de m'être jamais sentie seule à travers tout ce processus.

Introduction

L'acquisition d'une bonne compétence sociale est une tâche développementale primordiale pour le jeune enfant. Cet apprentissage dépend partiellement des premières relations sociales de l'enfant. Faisant partie de ces dernières, les relations fraternelles sont l'hôte de nombreuses activités de collaboration et d'échange. Il est ainsi probable que la fratrie exerce une influence considérable sur le développement des habiletés sociales de l'enfant. Pourtant, lorsqu'on observe les multiples possibilités d'interactions dans le système familial, la relation fraternelle est de loin la moins explorée (Minnett et al., 2016). De plus, bien que certains se soient penchés sur l'influence de la fratrie sur les habiletés sociales, cette influence a été particulièrement peu étudiée parmi la population clinique. Les enfants d'âge préscolaire présentant différentes difficultés développementales risquent fortement d'éprouver des difficultés en interaction sociale (Brown et al., 2008). Considérant que la persistance des problèmes d'interactions sociales chez l'enfant peut fortement prédire des difficultés de compétence sociale futures (Brown et Conroy, 2001), il devient particulièrement important d'en apprendre davantage sur les facteurs de risque et de protection d'une bonne compétence sociale pour cette population. Bref, la présente étude cherche à mieux comprendre l'influence que la fratrie peut avoir sur la compétence sociale d'une population clinique d'enfants d'âge préscolaire présentant des difficultés développementales et émotionnelles.

Contexte théorique

Compétence Sociale

La compétence sociale est la plupart de temps définie comme l'efficacité dans les interactions sociales (Rose-Kranor, 1997). Le construit de la compétence sociale se représente sous forme d'évaluation basée sur des jugements. Ces jugements peuvent être basés sur l'opinion des proches (parents, éducateurs, pairs), la comparaison à un critère explicite ou la comparaison à un échantillon normatif (Strain et al., 2013). Dans le domaine de la compétence sociale, l'évaluation par les proches de l'enfant, comme les parents et les enseignants, joue un rôle central dans la recherche (Rydelle et al., 1997). Alors que les compétences sociales et les difficultés d'adaptation chez les jeunes enfants sont difficilement observables par les professionnels de la santé mentale, les éducateurs et autres spécialistes ont l'occasion d'observer de façon approfondie les enfants dans des situations naturelles. Ces acteurs représentent ainsi une source d'information indispensable à une évaluation détaillée et adaptée à l'enfant (Dumas et al., 1995). Par ailleurs, l'acquisition d'une bonne compétence sociale en bas âge pourrait exercer une influence considérable sur le développement d'un adulte sain. En effet, Jones et al. (2015) ont trouvé une association significative entre des habiletés émotionnelles et sociales mesurées à la garderie et des résultats clés dans divers domaines (éducation, emplois, activité criminelle, consommation de substance et santé mentale) une fois à l'âge adulte.

La relation fraternelle

Les relations entre les frères et/ou sœurs sont parmi les liens les plus durables qu'un individu peut avoir au cours de sa vie. Néanmoins, la relation fraternelle demeure, encore aujourd'hui, très peu étudiée. La recherche suggère que le développement cognitif, langagier et psychosocial de l'enfant bénéficie des expériences d'enseignement et des prises de soin communes aux relations fraternelles (Brody, 2004). Quatre caractéristiques principales des relations fraternelles ont été identifiées dans l'enfance. Premièrement, les relations fraternelles sont définies par de forts affects positifs, négatifs et parfois ambivalents, rendant difficile d'être indifférent à un frère ou une sœur. Contrairement à l'amitié qui a une base volontaire et qui cessera si les enfants ne s'entendent pas, les frères et sœurs sont en relation pour la vie et

l'enfant doit apprendre tôt à vivre avec sa fraternité et à partager les ressources sociales et non sociales. Deuxièmement, surtout pendant l'enfance, les frères et sœurs passent beaucoup de temps ensemble et en arrivent à bien se connaître. Cette condition permet de créer un lien intime et profond. Troisièmement, il y a de grandes différences dans la qualité des relations fraternelles qui sont liées aux types d'interactions observés entre les enfants. La relation fraternelle est l'une des seules relations qui inclut des interactions hiérarchiques et des interactions mutuelles en même temps. La différence d'âge entre les frères et sœurs provoque une asymétrie du pouvoir et des connaissances. Les frères et sœurs ont également des interactions égalitaires et réciproques, par exemple dans le jeu. Finalement, chaque membre de la fratrie peut avoir été soumis à un environnement psychosocial différent de celui des autres. Ces différences ont des effets évidents sur leur développement. En effet, l'expérience de chacun des membres d'une fratrie peut amener des différences importantes entre eux, en particulier celles reliées à la variation du traitement offert par les parents (Howe et al., 2011).

Fratrie et compétence sociale

La recherche sur le rôle des premières relations sociales sur la compétence sociale des enfants s'est principalement concentrée sur la contribution des parents et des pairs (Prime et al., 2017). Or, la fratrie permet aussi de développer des habiletés sociales importantes (Brody, 2004). Les enfants qui reçoivent les soins de frères et sœurs plus vieux deviennent plus sensibles aux sentiments et croyances des autres (Dunn, 1988). En 2004, Downey et Condrón ont trouvé que les enfants membres d'une fratrie ont en moyenne de meilleures habiletés sociales et interpersonnelles que celles des enfants sans fratrie lorsque le nombre de frères et sœurs n'était pas supérieur à 2. Dépassé ce nombre, la même étude a trouvé que la présence d'une fratrie n'était pas mieux que l'absence de fratrie. Downey et Condrón (2004) font l'hypothèse qu'une fratrie nombreuse pourraient exercer une influence sur les ressources parentales et la disponibilité de ceux-ci pour chaque enfant. En milieu scolaire, les enfants uniques sont similaires aux enfants avec fratrie en termes de nombre d'amitiés proches et d'amitiés de qualité, mais sont moins appréciés par leurs collègues de classe en général (Kitzmann et al., 2002). La même étude montre également que les enfants uniques sont plus susceptibles d'être victimisés et agressifs, ce qui peut suggérer que les frères et sœurs sont particulièrement aidant pour apprendre à gérer les conflits. De plus, les enfants qui entrent

fréquemment en conflit avec leur fratrie sont également plus susceptibles d'essayer de partager, d'aider, de réconforter et de coopérer avec leurs pairs (Hetherington, Hinde et Stevenson-Hinde, 1988).

La relation hiérarchique fraternelle pourrait être un facteur clé pour la compréhension sociale de l'enfant. Notamment, cette relation permettrait de développer des habiletés d'enseignement (Howe et al, 2011). Aussi, le lien privilégié des relations fraternelles se distingue des relations avec les pairs et peut faciliter les interactions d'enseignement et d'apprentissage. En effet, les jeunes enfants semblent poser plus de questions dans une tâche collaborative à un membre de leur fratrie plus vieux qu'avec un pair de l'âge de leur fratrie (Azmitia et Hesser, 1993). La même étude a également observé que le membre de la fratrie le plus vieux donne plus d'explications et de rétroactions positives et laisse plus d'autonomie aux membres de leur fratrie plus jeunes qu'à un pair du même âge.

La qualité de la relation fraternelle semble être un facteur important à considérer dans l'étude de la fratrie. Une relation fraternelle équilibrée en soins et conflits peut donner à l'enfant une opportunité unique de développer une compréhension des émotions et points de vue extérieurs à lui-même, une meilleure gestion de leur colère et de leurs conflits et une capacité à donner des soins par eux-mêmes (Brody, 2004). Les enfants qui grandissent avec un frère ou une sœur avec qui ils ont une haute proportion d'interactions coopératives deviennent eux-mêmes plus coopératifs, contrairement aux enfants avec des frères et sœurs qui n'ont pas agi de cette façon (Dunn et Munn, 1985). Dans le même sens, les frères ou sœurs qui interagissent avec leur cadet fréquemment par des jeux symboliques ont des stratégies de négociation de plus haut niveau que les frères ou sœurs qui jouent ensemble moins fréquemment. Une haute fréquence de jeux symboliques dans la fratrie est aussi associée à une plus grande expression des états internes dans le langage (Howe et al., 1998). Des relations fraternelles chaleureuses peuvent mener à moins de problèmes de comportement et à une meilleure adaptation générale de l'enfant, et ce même en contrôlant plusieurs facteurs familiaux (Modry-Mandell et al., 2007). Ainsi, un membre de la fratrie qui présente des difficultés significatives de fonctionnement pourrait amener une dynamique complètement différente au niveau de la relation fraternelle, d'où l'importance d'étudier cette question parmi un échantillon d'enfants à risque.

Rang dans la fratrie

L'ordre de naissance peut jouer un rôle sur la personnalité de l'enfant. Par exemple, les aînés ont été décrits comme plus verbaux et plus dominants que les puînés (Minnett et al, 1983; Sampson, 1965). Minnett et al (1983) ont aussi trouvé que les premiers nés sont décrits par leurs enseignants comme ayant une meilleure confiance en eux. Enfin, on a proposé qu'ils possèdent un surmoi plus sévère, dû aux attentes souvent plus grandes des parents (Koch, 1956). De surcroît, les garçons nés en deuxième montrent davantage de manifestations de nervosité. Ces manifestations pourraient découler de leurs efforts constants à suivre ou à se défendre de leur frère plus vieux (Koch, 1956).

Selon une étude de Dunn et Munn (1985), les aînés de la fratrie sont significativement plus susceptibles de partager, de réconforter, d'aider et de coopérer que les membres plus jeunes. Les auteurs affirment que cette différence pourrait être due au développement des cognitions plus avancées, mais aussi à une motivation différente : les frères et sœurs plus vieux ont souvent plus de pression de leurs parents pour se comporter d'une manière socialement responsable. À l'inverse, les plus jeunes de famille paraissent particulièrement avantagés dans le domaine social (Prime, et al, 2017). Par exemple, les benjamins qui ont eu l'expérience d'une fratrie équilibrée en conflits et soins ont été jugés comme ayant plus d'habiletés sociales et plus de relations positives avec leurs pairs que les benjamins n'ayant pas cette expérience (Hetherington, 1988). L'avantage des derniers nés semble se refléter même à l'âge adulte. Les adultes étant les plus jeunes de leur fratrie démontrent un plus grand niveau de réciprocité que les premiers nés (Courtiol et al., 2009). L'avantage des derniers nés pourrait être plus important que la qualité de la relation fraternelle. Une étude récente sur la fratrie (Prime et al, 2017) a trouvé que l'enfant le plus jeune de la fratrie était plus avancé dans ses habiletés coopératives, contrairement aux plus vieux de la fratrie, peu importe la prosocialité de ses frères et sœurs. À l'inverse, les enfants du milieu étaient seulement avantagés par rapport aux premiers nés si leur fratrie montrait des hauts niveaux de prosocialité (Prime et al, 2017).

Le genre et la fratrie

De manière générale, il est documenté que les filles sont plus compétentes socialement et mieux acceptées par leurs pairs que les garçons (Lafreniere et Dumas, 1996; Lemerise,

1997). Des études plus récentes montrent plutôt une différence dans leur façon de penser et de résoudre des situations interpersonnelles par rapport à celle des garçons (Walker, 2005; Walker et al., 2002). En effet, Walker et al. (2002) ont trouvé que, lorsqu'évaluées sur leurs habilités de résolution de problèmes sociaux, les filles tendent à être plus compétentes que les garçons. Elles auraient également une approche plus réflexive et leurs stratégies sont moins susceptibles d'inclure de l'agressivité verbale ou physique. En outre, des caractéristiques différentes seraient appréciées par des groupes composés des deux genres. Par exemple, une attitude dominante est associée à une plus grande acceptation par les pairs pour un garçon, alors que cette même attitude diminuerait l'acceptation chez les filles (Seban et al, 2003). Également, les enfants ont tendance à se ségréguer dans des groupes du même sexe pour les interactions quotidiennes, et ce, dès l'âge de trois ans et parfois même plus tôt (Maccoby, 1990). Enfin, une étude internationale de Lafrenière et ses collègues (2002) utilisant l'évaluation des éducateurs des enfants d'âge préscolaire a rapporté une différence de genre pour tous les échantillons observés. La même étude montre également que les garçons sont à un niveau plus élevé sur les mesures de colère-agression, et plus bas sur les mesures de compétence sociale, que les filles. Ceci n'a pas été vérifié dans la fratrie, mais il est possible que, de la même façon, les phénomènes observés entre les pairs de différents genres se retrouvent également dans les relations fraternelles mixtes.

Un effet du sexe des membres de la fratrie a également été répertorié dans la littérature. Notamment, les enfants avec un frère ont été jugés comme moins sensibles que ceux avec une sœur (Koch, 1956). Enfin, les filles sont plus susceptibles d'encourager et d'enseigner à leurs frères et sœurs tandis que les garçons vont davantage jouer ou travailler avec leur fratrie et ont une attitude plus neutre (Minnett et al., 1983). Cependant, considérant tous les changements dans les rôles sociaux des dernières années, une mise à jour est nécessaire. Le nombre d'études sur le rôle différentiel des genres dans la fratrie est également très limité. Malgré tout, la littérature montre que les filles ont généralement une attitude plus prosociale et collaborative. Ainsi, il serait pertinent de vérifier si la présence plus spécifique de filles dans une fratrie pourrait contribuer au développement d'une meilleure compétence sociale. Rien n'a été étudié à ce jour sur l'influence que la présence ou la proportion de filles dans la fratrie

pourrait avoir sur la compétence sociale. Pourtant, il s'agirait d'un facteur important à explorer pour mieux comprendre les effets du genre sur la fratrie et la compétence sociale.

La relation fraternelle et les enfants difficiles

Les relations fraternelles ont également le potentiel d'influencer négativement le développement de l'enfant (Brody, 2004). Certaines études présentent les enfants agressifs comme susceptibles de s'engager dans plus d'interactions conflictuelles avec leur fratrie. Cette relation majoritairement conflictuelle pourrait, au contraire, nuire au développement de l'enfant. Néanmoins, plusieurs autres études suggèrent que la relation entre frères et sœurs pourrait influencer de façon plus grande les enfants présentant des difficultés (Bank et Kahn, 1982; Stormshak et al., 1996). Dans les quartiers défavorisés, les attitudes et comportements problématiques des membres de la fratrie plus vieux sont positivement associés avec des troubles de comportement chez les membres les plus jeunes (Brody et al., 2003). Enfin, les interactions agressives avec la fratrie sont susceptibles d'être généralisées sur les pairs. Un enfant agressif avec sa fratrie montre un comportement similaire avec ses pairs (Berndt et Bulleit, 1985).

Enfants préscolaires consultant en clinique

La compréhension de la nosologie des troubles psychiatriques chez les enfants préscolaires, ainsi que l'épidémiologie de leurs prévalences et évolution, sont loin derrière la compréhension des troubles psychiatriques chez les enfants plus vieux (Angold et Egger, 2004). Les troubles de comportement sont parmi les troubles les plus fréquents (61%) chez les enfants préscolaires consultants en clinique (Wilens et al, 2002). En comparant les enfants avec des troubles de comportement consultant en clinique avec un groupe contrôle, Webster-Stratton et Lindsay (1999) ont trouvé que les enfants avec un trouble de comportement avaient plus de difficulté à traiter et à interpréter les informations sociales. Ces enfants avaient également tendance à surestimer leur propre compétence sociale et attribuer des intentions hostiles à tort aux autres enfants. De manière similaire, les enfants référés en clinique pour anxiété sont gênés, retirés socialement, seuls et généralement moins bien ajustés relativement aux enfants non-référés en clinique (Strauss et al., 1989). Les mêmes auteurs ont également trouvé que les parents, les enseignants et les enfants eux-mêmes décrivent les enfants anxieux comme socialement peu adaptés. Enfin, des études psychiatriques cliniques ont rapporté des

taux élevés de problèmes de langage, ainsi que de comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (Trautman et al. 1990). L'une des études psychiatriques cliniques rapporte qu'un tiers des enfants consultant en clinique souffraient de troubles de langage non-soupçonnés (Cohen et al. 1993). Hollo et al (2004), ont également montré l'importante comorbidité entre les troubles du langage et les troubles émotionnels et comportementales dans leur méta-analyse. Les enfants avec des difficultés ou un retard de langage sont susceptibles d'avoir des interactions sociales difficiles, amenant ainsi des compétences sociales diminuées (McCabe et Meller, 2004).

D'une manière plus globale, les enfants d'âge préscolaire présentant différentes difficultés développementales et émotionnelles risquent fortement d'éprouver des difficultés dans les interactions sociales (Brown, Odom, et McConnell, 2008). De plus, la persistance des problèmes d'interactions sociales chez l'enfant peut fortement prédire des difficultés de compétence sociale futures (Brown et Conroy, 2001). Bien que les différents troubles psychiatriques à l'enfance aient été associés à une moins bonne compétence sociale, il n'est pas connu si certains types de troubles sont plus associés à des difficultés sociales que d'autres.

Étant donné que les enfants consultant en clinique sont hautement susceptibles de présenter une compétence sociale amoindrie, il est important d'identifier si la fratrie peut constituer un facteur de risque ou de protection dans leur adaptation sociale, ainsi que si les frères et sœurs exercent une influence différente selon la présence ou la comorbidité de différents troubles. Selon les résultats, la fratrie pourrait être impliquée dans certaines interventions cliniques pour aider l'enfant avec un trouble. Cette idée commence d'ailleurs à être considérée. Une récente étude indique que la fratrie d'un enfant avec un trouble du déficit de l'attention (TDA) tend à utiliser des stratégies sociales pendant leurs interactions ce qui mènerait à une augmentation des comportements d'aide, de partage et de compromis pour les enfants avec un TDA (Daffner, DuPaul, Kern, Cole et Cleminshaw, 2019). Il est possible qu'il y ait présence de stratégies sociales différentes pour d'autres troubles également, mais ce lien n'a pas été étudié à ce jour. Il serait pertinent d'en savoir plus sur l'association possible entre certaines caractéristiques de la fratrie et le type de diagnostic de l'enfant. Le lien entre la compétence sociale et le type de diagnostic pourrait également varier en fonction des

caractéristiques de la fratrie. Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est intéressée à cette possible interaction.

Autres facteurs d'influence

Statut socioéconomique et compétence sociale

Plusieurs études mettent en évidence que les enfants avec un SES faible manifestent plus fréquemment des symptômes psychiatriques et un fonctionnement social mal adapté que les enfants de circonstances plus affluentes (Bolger et al. 1995, Brooks-Gunn et Duncan 1997, McLeod et Shanahan 1993, Moore et al. 1994). Ainsi, cette variable sera considérée dans la présente étude comme variable de contrôle.

L'âge et la compétence sociale

Les capacités à décoder les émotions, qui sont étroitement liées à la compétence sociale, augmentent avec l'âge tout au long de la période préscolaire (Philippot et Feldman, 1990). De manière similaire, l'ensemble des données développementales dans le domaine montre que les scores de compétence sociale augmentent avec l'âge et ce, autant pour les filles que les garçons (Lafrenière et al, 2002; Dumas, LaFreniere, Capuano et Durning, 1995). En conséquence, l'âge est une autre variable importante à contrôler lors de la mesure de la compétence sociale.

Facteurs socioculturels

L'immigration est également un élément qui peut venir influencer la compétence et l'intégration sociale d'un enfant. Lorsqu'une famille immigré, la nouvelle culture et la culture d'origine des parents peuvent être en conflit. Ce conflit est susceptible d'amener un stress dans la famille, des difficultés dans l'éducation offerte par les parents pouvant entraîner des difficultés psychologiques chez l'enfant (Kia-Keating, 2006). Les difficultés socioculturelles dans la population immigrante ont été associées à une incongruité culturelle et moins d'interactions et d'identification avec la culture hôte, ce qui affecte leur acceptation (Bhugra et Arya, 2005; Daglar, Melhuish et Barnes, 2011). Ainsi, il est pertinent de contrôler l'influence des facteurs socio-culturels pour la présente étude. La présente étude intégrera le pays de naissance de la mère, soit si elle est née au Canada ou à l'extérieur du Canada, comme variable contrôle.

Hypothèses

La présente étude porte sur l'influence de la fratrie sur la compétence sociale à l'âge préscolaire parmi une population consultant en clinique psychiatrique. Nous voulons explorer plus particulièrement l'influence du nombre de frères et sœurs, du rang et de la proportion de filles dans la fratrie. Le principal objectif de l'étude est de vérifier si les variables documentées comme étant significativement associées à la compétence sociale conservent leur lien significatif lorsque observées pour un échantillon dans une population clinique. Bien que les liens étudiés découlent des études recensées, cette recherche demeure en grande partie exploratoire puisqu'il est possible de ne pas obtenir les mêmes résultats avec une population clinique. Nous voulons explorer les liens suivants : (1) le nombre de frère et sœurs et la compétence sociale. (2) Le rang dans la fratrie et la compétence sociale. (3) La proportion de filles dans la fratrie et la compétence sociale de l'enfant. Nous formulons les hypothèses à partir des études recensées malgré qu'aucune n'ait porté sur un échantillon clinique :

Hypothèse 1 : Les enfants avec un ou deux membres dans leur fratrie auront une meilleure compétence sociale que ceux sans aucune fratrie ou avec une fratrie plus nombreuse que deux.

Hypothèse 2 : Les enfants derniers-nés d'une fratrie auront une meilleure compétence sociale que les enfants ayant un rang différent.

Hypothèse 3 : Une meilleure compétence sociale sera trouvée chez les enfants avec une proportion plus élevée de filles dans la fratrie. De plus, de manière plus exploratoire, nous cherchons à observer et considérer l'influence des différentes psychopathologies sur la compétence sociale.

Méthodologie

Participants

Tous les participants à cette étude ont consulté à la Clinique psychiatrique de la petite enfance (CPPE) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Cet établissement fait maintenant partie du CIUSSS du Nord de l'île de Montréal (CIUSSS-NIM) et sa dénomination est désormais Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies. La CPPE avait le mandat d'offrir des services aux enfants de moins de 6 ans de l'est de l'île de Montréal pour lesquels un médecin

demandait une consultation en pédopsychiatrie et pour lesquels on ne soupçonnait pas un trouble du spectre de l'autisme. Pour la réalisation de cette étude rétrospective, le comité d'éthique de la recherche, ainsi que la direction des services professionnels de l'établissement, ont autorisé l'accès aux dossiers cliniques d'une cohorte entière de patients, soit tous les enfants ayant eu un dossier ouvert à la CPPE de 2000 à 2016. À partir de 2005, un inventaire mesurant la compétence sociale (le profil socio-affectif, PSA) était systématiquement remis pour être rempli par l'éducatrice de tous les enfants faisant une demande de service et qui fréquentaient un service de garde. L'échantillon de la présente étude est donc issu de tous les patients évalués à la CPPE et pour lesquels un PSA rempli et valide est disponible.

Les données pour un total de 466 dossiers comportant des données valides au PSA ont été colligées. De ces 466 participants, 26 n'avaient pas rencontré le psychiatre et n'avaient donc aucun diagnostic au dossier et 29 autres avaient au moins une donnée manquante pour le lieu de naissance de la mère, le type de milieu familial ou la composition de la fratrie. En règle générale, ceci découle du fait que la démarche de consultation en psychiatrie n'a pas été poursuivie. L'échantillon final est donc composé de 411 participants avec des informations complètes. Afin de vérifier si la non-réponse se produit au hasard, les 411 enfants ont été comparés aux deux sous-groupes présentant des données manquantes et une différence significative a été trouvée, $F(2, 463) = 3,972, p < 0,05$. Le score moyen de compétence sociale des non-répondants, soit au questionnaire colligeant les informations sociodémographiques ($M = 103,7; ET = 29,15$) ou pour la présence de diagnostics psychiatriques au dossier ($M = 105,62; ET = 32,93$), est plus élevé que les répondants ($M = 92,27; ET = 29,70$). Ces résultats suggèrent que la non-réponse ne serait pas un fruit du hasard. Le niveau plus élevé de compétence sociale indique que les non-répondants concernent vraisemblablement des enfants pour lesquels les éducatrices de garderie avaient retourné les PSA, mais qui ne semblent pas avoir poursuivi la démarche de consultation, ce qui fait qu'ils n'ont pas eu d'évaluation psychiatrique et que les parents n'ont pas, de leur côté, rempli les questionnaires qui leur avaient été remis. Il semble alors approprié de ne pas les inclure, considérant que la présente étude s'intéresse à la population clinique. Ainsi, seuls les participants avec un PSA, un questionnaire colligeant les informations sociodémographiques et une évaluation psychiatrique furent retenus.

Matériel et Procédure

Puisque les participants de cette étude étaient des patients de la CPPE, des démarches étaient préalables à la consultation clinique. Les parents devaient d'abord appeler pour obtenir une consultation psychiatrique à la suite d'une référence médicale. On procédait alors à leur préinscription et plusieurs documents à remplir leur étaient envoyés. Parmi les documents, un questionnaire de préinscription était envoyé afin de recueillir des informations générales sur la famille de l'enfant. De plus, lorsque l'enfant fréquentait une garderie, il était demandé aux parents s'ils acceptaient de transmettre le PSA (Dumas et al, 1995) à l'éducatrice de l'enfant. Une rencontre de consultation psychiatrique était ensuite planifiée. Lors de cette consultation, l'enfant, accompagné de son ou ses parents, rencontrait l'un des psychiatres de la clinique. Celui-ci était accompagné d'un professionnel de la santé spécialisé en petite enfance, qui dans la plupart des cas était une infirmière psychiatrique. À partir de cette rencontre, le psychiatre émettait ses premières impressions diagnostiques accompagnées de recommandations. Celles-ci pouvaient inclure des évaluations complémentaires par d'autres professionnels (ex.: orthophoniste, ergothérapeute, psychologue). Une fois ces évaluations complétées, l'enfant était à nouveau rencontré par le psychiatre ainsi que les professionnels impliqués lors d'un bilan pour réviser les diagnostics et les recommandations.

Profil socioaffectif

Le PSA (Dumas et al, 1995) est un instrument standardisé et conçu au Québec qui a comme but de mesurer la compétence sociale et les difficultés d'adaptation des enfants d'âge préscolaire. La fidélité et la validité du PSA ont été vérifiées et confirmées par un processus de convergence à partir des résultats de plusieurs études (Dumas et al, 1995). Les qualités psychométriques du PSA sont jugées très satisfaisantes sur le plan de la consistance interne ($r = ,79$ à $,92$ selon l'échelle), de la fidélité inter-juges ($r = ,70$ à $,91$), de la fidélité test-retest de deux à cinq semaines d'intervalle ($r = ,70$ à $,87$) et de la stabilité temporelle après 6 mois ($r = ,59$ à $,76$). L'outil est un questionnaire de type Likert et contient 80 énoncés divisés en huit échelles de base comprenant un pôle positif et un pôle négatif et 4 échelles globales. Les énoncés ont été réalisés de façon à être efficacement remplis par les personnes ayant un contact quotidien avec l'enfant, notamment les éducateurs(trices), permettant ainsi d'avoir un échantillon plus représentatif des comportements réels de l'enfant. Les premières échelles de

base mesurent la façon dont l'enfant exprime ses émotions. On y retrouve l'échelle déprimé-joyeux, anxieux-confiant et irritable-tolérant. Les trois suivantes concernent les interactions de l'enfant avec ses camarades. On y retrouve l'échelle isolé-intégré, agressif-contrôlé et égoïste-prosocial. Enfin, les dernières échelles décrivent les relations de l'enfant avec l'éducateur ou l'enseignant et comprennent l'échelle résistant-coopératif et l'échelle dépendant-autonome. Les échelles de base permettent d'obtenir un résultat sur quatre échelles globales : la compétence sociale, les problèmes extériorisés, les problèmes intériorisés et l'adaptation générale de l'enfant. La présente étude retient l'échelle de la compétence sociale uniquement. Le score de compétence sociale tient compte des forces adaptatives de l'enfant, plutôt que de la présence ou de l'absence de compétences spécifiques. L'échelle globale de la compétence sociale résume un ensemble de comportements qui reflète une maturité affective, une certaine flexibilité et une adaptation positive avec les pairs et les adultes. Le score est calculé en additionnant le score des huit pôles positifs de chaque échelle de base (Joyeux, confiant, tolérant, intégré, contrôlé, prosocial, coopératif et autonome). Ainsi, l'enfant obtenant un score élevé sur l'échelle de la compétence sociale possède un grand répertoire de comportements positifs, appropriés, flexibles et prosociaux. Seuls les dossiers possédant un PSA complété par un éducateur et pour lesquels il y avait moins de neuf items non-répondus furent retenus. En effet, le manuel du PSA indique que le questionnaire n'est plus valide lorsqu'il y a plus de 8 items non-répondus. Le questionnaire demande également l'âge de l'enfant au moment de la passation.

Questionnaire de préinscription (QPI)

Le QPI est un questionnaire rempli par les parents qui permettait aux cliniciens d'être informés des caractéristiques de l'enfant et sa famille. Les parents y ont notamment rapporté des informations sur la fratrie de l'enfant, telles que la date de naissance et le genre de chacun de ses membres. Ces informations sont utilisées pour créer des variables dérivées, soit la proportion de filles et le rang dans la fratrie. Pour des fins d'analyse et pour optimiser les associations, chaque variable fut dichotomisée selon les hypothèses, soit le nombre de frères et sœurs (un ou deux frère ou sœur vs les autres incluant enfant unique), le genre (garçons vs filles) et le rang (dernier né vs les autres incluant enfant unique). La proportion de fille dans la fratrie et l'âge furent gardé en variable continues. Le statut civil, le niveau de scolarité et

l'occupation actuelle des parents de l'enfant sont également rapportés au QPI. Ces variables furent utilisées pour classifier le statut socio-économique de la mère calculé selon l'index des quatre facteurs du statut social de Hollingshead (1975). Elles furent également considérées individuellement pour témoigner du statut social. Le pays de naissance des parents était également demandé dans le questionnaire. Le pays de naissance de la mère a été sélectionné pour rendre compte des facteurs socio-culturels. Cette variable fut également dichotomisée séparant les mères nées au Canada et celles nées à l'extérieur du Canada.

Diagnostics

Les diagnostics faits à l'évaluation ou au bilan de l'enfant furent extraits des dossiers des patients. Tous les dossiers ont été ouverts et consultés individuellement. Chaque diagnostic émis par le médecin psychiatre était retranscrit dans un fichier Excel. Tous les diagnostics ont ensuite été codifiés par deux codeurs indépendants aveugles à toute autre information au sujet des enfants en fonction du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSMIV-TR, en vigueur à l'époque; First, France et Pincus, 2004) ou de la *Classification Diagnostique des Troubles de la Santé Mentale et du Développement de la Petite Enfance* (DC-0-3R; ZERO TO, 1994) pour les diagnostics de trouble de la régulation. Des codes ont également été attribués afin de bien rendre compte d'autres éléments rapportés, tels que la présence de maladies physiques. Deux rencontres inter juges ont permis de préciser les règles de codification en cas de formulations ambiguës. Tous les codes ont ensuite été comparés par une tierce personne, ce qui a permis d'identifier et de corriger des erreurs de frappe dans les codes. Ensuite, les diagnostics similaires (par ex., trouble anxieux et trouble anxieux ns) ont été regroupés en 24 catégories. Aux fins d'analyse, ces 24 grandes catégories ont ensuite été regroupées en huit catégories de troubles reflétant l'organisation du DSM-IV-TR (First, France et Pincus, 2004). La liste complète des diagnostics, les codes associés et les regroupements de diagnostics sont présentés en annexe 1. Puisque ce sont ces regroupements qui sont utilisés dans les analyses, l'accord interjuge est calculé à partir du regroupement des huit grandes catégories. Sur les 2313 paires, les deux juges ont été en accord pour 2114 paires. Ainsi, le pourcentage d'accord inter-juge est de 91,4 %. Les kappas pour chaque catégorie sont représentés dans le tableau 1. Les résultats se situent tous entre ,81 et ,99 ce qui correspond à un accord presque parfait (Viera et al. 2005). Les troubles envahissants du

développement et les retards mentaux forment une catégorie ensemble considérant l'important comorbidité.

Tableau 1

Mesure d'accord kappa par catégories de diagnostics

Catégorie diagnostique	Kappa
Trouble de la communication	,946
Troubles moteurs	,894
Troubles disruptifs	,912
Problèmes relationnels et/ou familiaux	,917
Troubles internalisés (anxiété et dépression)	,886
Retard mental/ troubles envahissants du développement	,873
Problèmes d'apprentissage	,812
Autres problématiques	,848

Ensuite, des analyses préliminaires ont révélé que certaines catégories de troubles étaient si fréquemment associés qu'il ne serait pas adéquat de les étudier séparément. En effet, un chevauchement important entre les troubles moteurs et les troubles de communication peut être remarqué et est présenté dans le tableau 2. Ces diagnostics ont donc été mis ensemble pour les analyses principales. De plus, en regardant de plus près la distribution et les fréquences de chaque diagnostic, nous n'avons trouvé aucun diagnostic de trouble dépressifs dans notre échantillon. Ainsi, la catégorie *troubles internalisés* comprend uniquement des troubles anxieux. Il est également pertinent de noter que la catégorie *troubles de la communication* est principalement composée de troubles du langage et la catégorie *troubles moteurs* comprend surtout des troubles de la coordination motrice. La fréquence de chaque trouble a également été étudiée afin de mieux comprendre la prévalence de chaque diagnostic dans la population étudiée. Ces fréquences sont présentées dans le Tableau 3. La catégorie *problèmes d'apprentissage* fut retiré des analyses étant donné sa très faible fréquence (n = 8).

Des variables dichotomiques ont été créées pour rendre compte de la présence ou l'absence de chaque diagnostic. La comorbidité des diagnostics est importante dans notre population. Ainsi, il y a fréquemment plus qu'une catégorie de troubles d'attribuée à un même participant. Les diagnostics furent utilisés à titre de variable contrôle dans le modèle final.

Tableau 2

Chevauchement entre les troubles de la communication et les troubles moteurs

		Troubles moteurs		
		Absent	Présent	Total
Troubles de la communication	Absent	Effectif 242	49	291
		% du total 27,1 %	5,5 %	32,6%
	Présent	Effectif 134	468	602
		% du total 15,0%	52,4%	67,4%
Total		Effectif 376	517	893
		% du total 42,1 %	57,9%	100,0%

Tableau 3

Fréquences de chaque catégorie de diagnostic

Catégorie de diagnostic	<i>n</i>	%
Troubles de la communication	273	66,40
Troubles moteurs	245	59,60
Troubles disruptifs	192	46,70
Problèmes relationnels et/ou familiaux	145	35,30
Troubles internalisés	56	13,60
Retard mental\TED	55	13,40
Troubles apprentissages	8	1,90
Autres problématiques	66	16,10

Traitement statistique

Des analyses préliminaires corrélationnelles ont d'abord été effectuées afin de sélectionner les variables à conserver pour le modèle de régression final. En effet, afin de

suivre le principe de parcimonie, il est important que les variables indépendantes incluses dans le modèle de régression soient pertinentes dans l'explication de la variable dépendante. Ainsi, des corrélations bilatérales furent effectuées entre la compétence sociale et chaque variable d'intérêt. Seulement les variables qui sont ressorties comme significativement associées à la compétence sociale furent conservées. Par la suite, une régression hiérarchique a été effectuée afin de rendre compte de la variance ajoutée des variables de la fratrie au-delà des variables contrôles dans l'explication de la compétence sociale. Ainsi, le premier bloc comprend les variables contrôles, le deuxième les variables concernant la fratrie.

Résultats

Analyses préliminaires

Le Tableau 4 présente l'ensemble des moyennes et écart-types, ainsi que les corrélations des variables étudiées. Pour un meilleur ciblage des résultats, nous avons également étudié les étendues des variables continues. Les scores de la compétence sociale mesuré par le PSA varient entre 25 et 189. Pour leur part, les scores de statut social varient entre 14 et 66. Les résultats indiquent que, parmi les variables du contexte socio familial contrôles, seul le pays de naissance de la mère est corrélé significativement avec la compétence sociale. Le statut social des parents n'est pas significativement associé à la compétence sociale. En revanche, l'âge au moment de la passation du PSA et le sexe sont à la fois significativement associés à la compétence sociale, et retenus comme variables contrôles à considérer dans l'établissement du modèle final. Parallèlement, la corrélation entre chaque catégorie diagnostique (présence/absence du trouble) et la compétence sociale fut également calculée afin de déterminer les catégories à conserver pour modèle final. Trois catégories de diagnostics sont associées significativement à la compétence sociale : les problèmes relationnels ou familiaux, les retards mentaux et troubles envahissants du développement, ainsi que la catégorie unissant les troubles de la communication et les troubles moteurs. Les autres catégories diagnostiques ne sont pas ressorties comme significativement corrélées à la compétence sociale. Ils ne furent donc pas inclus dans le modèle final.

Les analyses corrélationnelles afin de sélectionner les variables de la fratrie à conserver sont également présentées dans le Tableau 4. Ni le rang de l'enfant, ni la proportion de filles dans la fratrie ne sont associés de manière significative à la compétence sociale. Néanmoins, à la suite de ces résultats, des analyses corrélationnelles supplémentaires ont été effectuées en séparant les sujets selon leur sexe. Une variable pour tenir compte de la proportion des filles, mais pour les filles uniquement a été construite à partir de l'ensemble de l'échantillon. Une proportion de 0 % fut attribuée à tous les garçons pour observer l'effet de la variable uniquement pour les filles. Les résultats montrent que cette nouvelle variable est corrélée de manière significative avec la compétence sociale. Ainsi, être une fille et avoir une proportion de filles dans la fratrie élevée est associé à une meilleure compétence sociale. Nous avons également observé que le fait d'être membre d'une fratrie ayant un ou deux frères et sœurs n'est pas corrélé à une meilleure compétence sociale. Toutefois, à la suite d'une exploration plus en profondeur des résultats, nous avons tenté de dichotomiser autrement cette variable. En effet, en comparant plutôt la présence d'un frère ou d'une sœur à l'absence ou la présence de plusieurs frères ou sœurs, nous avons observé que le nombre de frères et sœur est significativement associé à la compétence sociale. En d'autres mots, avoir un frère ou sœur est associé significativement à une meilleure compétence par rapport à en avoir aucun ou plusieurs. Ainsi, seule la variable de la proportion des filles dans la fratrie, pour les filles seulement, et la nouvelle variable dichotomisée du nombre de la fratrie (un frère et sœur ou plusieurs/aucuns) furent conservées dans le modèle final. En dernier lieu, les problèmes potentiels de multicolinéarité ont été vérifiés pour le modèle de régression. Les variables indépendantes incluses ne sont pas trop corrélées entre elles pour poser un problème ($r < ,80$) et le facteur d'inflation de variance (VIF) de chaque variable est également conforme en demeurant inférieur à 5.

Tableau 4*Statistiques descriptives et corrélations entre les variables contrôles, les variables reliées à la fratrie et la compétence sociale*

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Compétence sociale	411	92,27	29,70	-																
2. Sexe ^a	411	1,74	0,44	-,18**	-															
3. Âge	411	50,66	11,76	,09*	,05	-														
4. Pays de naissance de la mère ^b	411	0,41	0,49	-,25**	,14**	-,08*	-													
5. Statut social	137	41,91	14,06	,06	-,00	-,06	-,20**	-												
6. Rang	411	1,42	1,15	-,01	-,03	-,06	,07	-,08	-											
7. Nombre de frère et sœur (variable continue)	411	1,14	0,97	-,02	-,04	,14**	,10*	-,09	,86**	-										
8. Nombre de frère et sœur (Aucun ou plusieurs/un ou deux)	411	0,64	0,48	,04	-,07	,02	,06	,07	,38**	,23**	-									
9. Nombre de frère et sœur ^d (Aucun ou plusieurs/un)	411	0,45	0,50	,10*	,01	-,03	-,01	,12	,08	-,13**	,68**	-								
10. Proportion des filles dans la fratrie	411	0,39	0,44	,07	-,02	,05	,06	,10	,39**	,35**	,44**	,32**	-							
11. Être une fille vivant avec proportion des filles dans la fratrie	411	0,11	0,29	,22**	-,63**	,07	-,13**	,08	,13**	,14**	,21**	,12**	,40**	-						
12. Troubles de la communication et troubles moteurs ^e	411	0,73	0,44	-,12**	,08	-,05	,10*	-,03	,08	,02	,02	-,03	-,03	-,10*	-					
13. Troubles disruptifs ^e	411	0,47	0,50	,04	,04	,07	-,11*	,05	,00	,01	-,02	,03	,07	,05	-,07	-				
14. Problèmes relationnels et/ou familiaux ^e	411	0,35	0,48	,19**	-,06	,01	-,11*	,10	-,02	,01	-,09*	-,01	,02	,03	-,19**	,25**	-			
15. Troubles internalisés ^e	411	0,14	0,34	,03	-,07	,20**	-,09*	,08	-,10*	-,06	-,01	,01	,01	,06	-,19**	-,00	-,01	-		
16. Retard mental/TED ^e	411	0,13	0,34	-,37**	,06	-,20**	,21**	-,08	,06	,03	,03	,02	-,08	-,09	-,21**	-,25**	-,28**	-,11*	-	
17. Autres problématique ^e	411	0,16	0,37	-,05	0,01	-,06	-,04	,11	-,03	-,07	,08	,06	,01	-,06	,04	-,12**	-,13**	-,06	,10*	-

^a 1= Sexe féminin, 2= Sexe masculin^b 0= Canada, 1= extérieur du Canada^c 0 = Un ou supérieur à deux frères et/ou sœurs, 1= un ou deux frères et/ou sœurs^d 0= Un ou plusieurs, 1= un frère ou sœur^e 0= absent, 1= présent**p* < .05. ***p* < .01.

Modèle final

L'analyse principale consiste en une régression hiérarchique et les résultats sont présentés dans le Tableau 6. Le premier bloc comprend les variables contrôles préalablement identifiées comme étant significativement associées à la compétence sociale dans les analyses préliminaires: l'âge et le pays de naissance de la mère. Le sexe ne fut pas conservé dans le modèle de régression final étant donné que le sexe est déjà considéré par la variable proportions de filles dans la fratrie. Les diagnostics significativement associés à la compétence sociale se trouvent également comme variables contrôles dans le premier bloc, soit les problèmes relationnels et familiaux, les retards mentaux et les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles de la communication et les troubles moteurs. Les variables contrôles, lorsque regroupées, prédisent significativement la compétence sociale, $F(5, 405) = 20,68, p < 0,001$, et expliquent 20,3% de la variance, ce qui correspond à un effet de taille moyenne (Cohen, 1988). La relation entre chaque variable indépendante et la compétence sociale, à niveau égal des autres variables indépendantes, a également été vérifiée. Avoir une mère née au Canada ($\beta = -0,15, p = 0,02$) est significativement associé à une meilleure compétence sociale, alors que l'âge n'est plus associé à la compétence sociale ($p = 0,914$). Pour les diagnostics, le fait de vivre avec des retards mentaux et des TED ($\beta = -0,37, p < 0,001$) ainsi qu'avec des troubles de la communication et des troubles moteurs ($\beta = -0,18, p < 0,001$) est significativement associés de façon négative à la compétence sociale. À l'inverse, la catégorie des problèmes relationnels et familiaux n'est plus associée à la compétence sociale ($p = 0,460$).

Le deuxième bloc comprend les variables retenues propres à la fratrie, soit la variable dichotomique du nombre de frères et sœurs (un membre dans la fratrie/aucun ou plusieurs) et la proportion de filles (pour les filles seulement). Les résultats indiquent que l'ensemble des variables du modèle est significativement associé à la compétence sociale, $F(7, 403) = 17,48, p < 0,001$, et elles sont imputables de 23,3% de la variance, ce qui correspond à un effet de grande taille (Cohen, 1988). L'ajout des variables de la fratrie permet d'améliorer significativement le pourcentage de variance de la compétence sociale estimée, avec un gain de 3% de variabilité estimée, $\Delta F(2, 403) = 7,76, p < 0,001$. Toutefois, lorsque toutes les variables sont considérées, le nombre de frères et sœurs perd son pouvoir prédictif unique et

n'est plus associé à la compétence sociale. En revanche, la proportion des filles dans la fratrie pour les filles, le pays de naissance de la mère, la catégorie des retard mentaux et TED et la catégorie des troubles moteurs et troubles de la communication prédisent significativement une partie de la variance de la compétence sociale. D'une part, la présence d'un diagnostic de retard mental ou TED ($\beta = -0,36, p < 0,001$) et celle d'un diagnostic de trouble de la communication ou trouble moteur ($\beta = -0,16, p = 0,001$) est associé à une compétence sociale plus faible. D'autre part, avoir une mère née au Canada ($\beta = -0,21, p < 0,001$) et être une fille avec haute proportion de fille dans sa fratrie ($\beta = 0,13, p < 0,05$) est associé à une meilleure compétence sociale.

Tableau 6

Model final de régression hiérarchique

Variable	B	95% IC pour B		SE B	β	R^2	ΔR^2
		LI	LS				
Modèle 1						,20**	
Constante	108,91**	94,79	123,03	7,18			
Âge	-0,01	-0,24	0,21	0,12	-,01		
Pays de naissance de la mère ^a	-8,75*	-14,20	-3,31				
Problèmes relationnels et familiaux	2,20	-3,65	8,06	2,98	,04		
Retard mental\TED	-32,53**	-41,19	-23,88	4,40	-,37		
Trouble de la communication et moteurs	-12,09**	-18,39	-5,79	3,21	-,18		
Modèle 2						,23*	,03*
Constante	103,85**	89,62	118,08	7,24			
Âge	-0,02	-0,24	0,20	0,11	-,01		
Pays de naissance de la mère ^a	-7,86*	-13,25	-2,48	2,74	-,13		
Problèmes relationnels et familiaux	2,59	-3,17	8,35	2,93	,04		
Retard mental\TED	-31,39**	-39,94	-22,85	4,35	-,36		
Trouble de la communication et moteurs	-10,79*	-17,03	-4,55	3,17	-,16		
Être une fille avec haute proportion de filles dans la fratrie	14,93*	5,79	24,08	4,65	,14		
Nombre fratrie ^b	4,91	-0,25	10,07	2,62	,08		

^a Canada = 0, Extérieur = 1

^b Aucun ou plus=0, un frère ou sœur =1

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Discussion

L'objectif premier de la présente étude était d'explorer l'influence de divers facteurs de la fratrie sur la compétence sociale d'enfants d'âge préscolaire consultant en clinique psychiatrique. Très peu d'études se sont intéressées à ce lien auparavant, spécialement auprès d'une population clinique. Plusieurs résultats intéressants ont ainsi pu être révélés.

Variables relatives à la fratrie

D'abord, parmi les facteurs de la fratrie explorés, le rang dans la fratrie n'est pas ressorti comme étant significatif dès les premières analyses corrélationnelles. Ce résultat diffère de ce qui était attendu. La littérature avait plutôt souligné un certain avantage sur la compétence sociale pour le dernier né. Un plus grand nombre d'études serait nécessaire afin de déterminer s'il s'agit d'un effet unique sur la population pédopsychiatrique. Il se pourrait qu'au sein de cette population clinique, l'avantage se perde ou alors que l'effet ne puisse qu'être observé plus tard. La psychopathologie pourrait amener un défi nouveau pour le système familial ou pour les parents. Il est donc possible que les parents aient moins d'accès aux ressources qu'ils ont développées auprès des autres enfants qui ne souffrent pas de psychopathologie. Il se pourrait également que la psychopathologie vienne altérer la relation et les rôles dans la fratrie, ce qui pourrait expliquer que le rang n'a plus d'effet. Enfin, la présence de certains facteurs pourrait être nécessaire pour que le rang dans la fratrie ait un effet sur la compétence sociale. Par exemple, la différence d'âge entre chaque membre a le potentiel de jouer un rôle sur les liens observés. En effet, certains auteurs ont proposé que les effets de l'ordre de naissance qui sont observés dans une fratrie séparée par un petit nombre d'années ne seront peut-être pas présents lorsque la fratrie est séparée par un nombre d'années plus grand (Koch, 1956 ; Minnett et al, 1983). Ainsi, on a trouvé que les enfants de sept à huit ans sont plus susceptibles d'utiliser des comportements positifs lorsque la différence d'âge entre les membres de la fratrie augmente, alors que l'agression est plus fréquente dans les fratries avec une petite différence d'âge (Minnett et al, 1983). D'autres études avec la population clinique et préscolaire sont nécessaires pour mieux comprendre, car la présente étude ne réplique pas les résultats obtenus précédemment concernant l'avantage du dernier-né.

Toutefois, comme il y a très peu d'étude qui se sont intéressé à ce lien, surtout pour la population clinique, il serait pertinent de répliquer les résultats afin de mieux les situer.

À l'inverse, les variables relatives à la fratrie montrent qu'être une fille avec une proportion des filles élevée dans sa fratrie est associée à une meilleure compétence sociale des filles qui s'y trouvent. L'hypothèse de départ proposait que la proportion de filles dans la fratrie aurait été associée à une meilleure compétence sociale, sans distinctions pour le sexe. Ce résultat suit donc l'hypothèse, mais uniquement en ce qui concerne la compétence sociale des filles desdites fratries. Il est possible qu'avoir le même sexe facilite l'identification à sa fratrie, considérant la plus grande ressemblance. Cela pourrait affecter la transmission et l'apprentissage de comportements prosociaux. De surcroît, tel que présenté dans le contexte théorique, les enfants ont tendance à se séparer par sexe assez jeunes (Maccoby, 1990). Deux enfants de même sexe auraient également davantage de points communs et de ressemblances, notamment dans leur manière de vivre leurs interactions sociales. Pour ces raisons, une relation entre deux sœurs a le potentiel d'offrir une plus grande proximité et un meilleur lien qu'une relation entre un frère et une sœur. Cette idée concorde avec ce qui a pu être trouvé dans certaines études s'intéressant aux relations dans la fratrie selon le sexe. De plus, la littérature soulève que deux sœurs jouent et interagissent plus entre elles que deux frères (Brody et al., 1985; Stoneman et al., 1984; Stoneman, Brody et MacKinnon, 1986). Les sœurs aînées assumeraient également davantage le rôle d'enseignant avec une sœur plus jeune qu'avec des frères. Walker (2005) a trouvé que les filles d'âge préscolaires ont davantage de comportements prosociaux que les garçons du même âge qui ont généralement plus de comportement agressifs ou dérangeants. Cette différence comportementale peut indiquer que le lien et les interactions entre sœurs seraient différentes qu'entre frères ou qu'entre membres d'une fratrie mixte. Il pourrait être pertinent de vérifier si la proportion des garçons dans la fratrie pourrait influencer la compétence sociale des garçons ou si ce lien serait réservé aux filles. Pour tout dire, plus d'études sont nécessaires pour comprendre les facteurs influençant la fratrie. Il n'est pas possible de comprendre à partir des présents résultats s'il y a un effet du nombre, de la qualité ou du type d'interactions. Avec davantage de connaissances sur la fratrie, il serait plus facile de penser à comment mieux impliquer les frères et sœurs dans les plans d'interventions ou comme facteurs protecteurs.

De plus, les analyses principales montrent qu'être une fille avec une autre proportion de filles dans la fratrie a un pouvoir significatif sur la compétence sociale au-delà de l'âge, du pays de naissance de la mère, du nombre de frères et sœurs et des diagnostics associés à la compétence sociale. Ainsi, le fait d'être une fille avec une forte proportion de filles dans la fratrie est liée à la compétence sociale, au-delà de la psychopathologie et des facteurs sociaux culturels. Avoir accès à une ou plusieurs sœurs pour une fille d'âge préscolaire pourrait donc représenter un avantage pour développer une bonne compétence sociale. Il est possible que comme les filles tendent à être plus compétentes socialement et qu'elles ont moins tendance à être agressive verbalement ou physiquement (Walker et al.,2002), les interactions entre sœurs demeurent suffisamment fréquentes et de bonne qualité, malgré la présence d'une pathologie. La relation entre sœurs pourrait alors être un terrain fertile pour développer une bonne compétence sociale. Il est également logique de penser qu'une fille d'âge préscolaire avec une ou des sœurs peut apprendre plus facilement des habilités et comportements prosociaux puisqu'il lui est possible de voir et imiter le comportement de sa ou ses sœurs. Il demeure toutefois important d'apporter de la nuance à ce résultat. Il s'agit d'une variable qui n'a pas été étudiée auparavant et qui fut identifiée en analyses exploratoires. Les résultats demandent à être reproduits

La présente étude s'est également intéressée à l'influence du nombre de frères et sœurs. L'hypothèse qui avait d'abord été proposée était une association entre une fratrie d'un ou deux membres et une meilleure compétence sociale, ce qui ne fut pas confirmé. Les résultats montrent malgré tout une association bivariée significative entre le nombre de frères et de sœurs et la compétence sociale, seulement l'avantage se trouve dans une fratrie moins nombreuse. En effet, avoir un seul frère ou une seule sœur est associé à une meilleure compétence sociale par rapport à être enfant unique ou avoir plusieurs frères ou sœurs. Bien que ce résultat diverge légèrement de ce qui était attendu, il garde une certaine cohérence avec la littérature. L'étude de Downey et Condon (2004) montrait un avantage pour les enfants d'âge préscolaire avec un ou deux frères ou sœurs, ce qui correspond à un nombre de frère et sœur plus élevé que ce que nous avons trouvé comme association. Il est possible que cette différence soit expliquée par les particularités de la population étudiée dans l'étude. Un enfant souffrant d'une psychopathologie est susceptible d'avoir besoin de davantage de ressources parentales et une fratrie nombreuse divise les soins et l'attention que les parents peuvent offrir

à un enfant (Downey, 2001). Ainsi, avoir un frère ou une sœur pourrait permettre d'avoir accès aux avantages d'une fratrie, sans trop diminuer l'attention des parents. Il est également possible que le nombre idéal de frères et de sœurs pour influencer la compétence sociale reste à déterminer, considérant le faible nombre d'études s'intéressant à ce lien. Dans l'ensemble, un avantage au niveau de la compétence sociale pour les enfants ayant eu accès à une fratrie peu nombreuse peut être dégagé. De nombreux autres facteurs pourraient également entrer en jeu. Il serait pertinent d'observer les différences dans les habitudes et dynamiques familiales des foyers avec plusieurs frères et sœurs. Par exemple, il est possible que les familles avec une fratrie nombreuse encouragent moins les activités sociales extrafamiliales. Aussi, très peu est connu sur quel genre de famille tend à avoir plus d'enfant. Il pourrait y avoir plusieurs facteurs socioculturels impliqués. D'autres éléments à considérer pourraient être la différence en âge entre les frères et sœurs qui a le potentiel d'influencer le type et le nombre d'interactions dans la fratrie. L'effet du nombre apparaît complexe à dégager clairement. Les dynamiques familiales ou les échanges entre frères et/ou sœurs pourraient changer considérablement selon la distribution du genre ou même le nombre pair et impair de la fratrie. Très peu est connu sur les facteurs qui risquent d'interagir avec le nombre dans la fratrie et exercer une influence sur les échanges et les liens entre frère et sœurs. La présente étude ne permet pas d'identifier ces possibles influences et très peu d'études ne s'y est intéressé. Par ailleurs, les résultats nous montrent que le nombre de frères et sœurs perd son pouvoir prédictif lorsque les autres variables sont considérées. Ce résultat pourrait suggérer que d'autres facteurs d'influence expliquent davantage la variation sur la compétence sociale, en particulier auprès de la population clinique.

Tout compte fait, bien que les variables de la fratrie ciblées soient significativement associées à la compétence sociale, elles n'expliquent que 3% de la variance sur celle-ci. Une influence qui demeure limitée.

Association avec le type de pathologie

Le diagnostic de chaque enfant a également été observé de manière exploratoire. Aucune hypothèse spécifique n'avait été formulée. Bien que la littérature ait documenté une association entre la pathologie et de moins bonnes compétences sociales, les pathologies entre elles n'avaient jamais été comparées afin de voir si certaines sont associées négativement à la

compétence sociale. Lorsque regardés individuellement, les résultats montrent que les catégories *troubles envahissants du développement ou retards mentaux, troubles moteurs ou de la communication* et *troubles relationnels et/ou familiaux* sont associés à une moins bonne compétence sociale. Il apparaît cohérent que les troubles envahissants du développement et les retards mentaux exercent une influence sur la compétence sociale. Les deux diagnostics furent regroupés considérant l'importante comorbidité dans notre population. L'association entre ces diagnostics avec une moins bonne compétence sociale était attendue considérant que les atteintes sociales font partie des critères diagnostics pour les TED. Les résultats montrent également que les troubles de la communication (composés surtout de troubles du langage) et les troubles moteurs (composés surtout de troubles de la coordination motrice) affectent de manière significative la compétence sociale. Un trouble de la communication peut rendre difficile les échanges pour plusieurs activités (McCabe et Meller, 2004). Les enfants avec des problèmes de communication s'engagent dans moins d'interactions sociales positives et communiquent moins avec leurs pairs entre les activités (Guralnick et al., 1996). De manière similaire, les troubles moteurs peuvent également affecter la participation à plusieurs activités fréquentes à cet âge (Fong et al., 2011). Il est également nécessaire de souligner que l'importante comorbidité entre les troubles moteurs et les troubles du langage a été pointé à de nombreuses reprises dans la littérature (Cheng et al., 2009; Visscher et al., 2007; Webster et al., 2005). Le chevauchement entre ces deux diagnostics dans l'échantillon a également justifié leur regroupement dans la présente étude. Puisque les troubles ont été fusionnés dans la même catégorie, il n'est pas possible de départager leur influence individuelle sur la compétence sociale. Les troubles relationnels ou familiaux sont la dernière catégorie de diagnostic à avoir été associée significativement à la compétence sociale. Cette catégorie comprend tous les troubles qui affecte directement les comportements dans les relations de l'enfant et les problèmes relationnels familiaux, il n'est donc pas surprenant qu'on trouve une association avec la compétence sociale de l'enfant. Si l'enfant est témoin ou vit des problèmes relationnels dans sa propre famille ou dans son entourage, il est probable qu'il apporte certains de ces comportements moins prosociaux dans ses interactions avec l'éducatrice et les autres enfants (Petit et al., 1998). Tout compte fait, les résultats mettent en lumière l'importance de penser à comment aider l'intégration sociale pour ces enfants, considérant l'influence de ces derniers diagnostics sur le fonctionnement social.

Bien que les résultats montrent une influence de certains diagnostics sur la compétence sociale, d'autres catégories de diagnostics de la présente étude ne sont pas associées à un score plus faible de compétence sociale. Les troubles intériorisés et les troubles disruptifs ne sont pas significativement associés à la compétence sociale. Les troubles intériorisés étaient composés de troubles anxieux dans notre échantillon. Parmi les troubles anxieux vus à l'enfance et dans notre échantillon, il est possible que certains troubles affectent beaucoup moins les relations dans le milieu d'éducation. Les résultats peuvent indiquer que plusieurs enfants avec ce type de trouble arrivent quand même à bien fonctionner par rapport aux autres troubles dans le contexte du milieu de garde. En effet, la compétence sociale ici est mesurée à partir des impressions et observations de l'éducateur de l'enfant. La garderie est généralement un lieu bien encadré et peut offrir une certaine stabilité à l'enfant. Il est possible que dans ce contexte plus sécuritaire, les manifestations d'anxiété soient moins importantes. D'une manière similaire, le cadre de la garderie et la présence d'une certaine routine pourrait également être un facteur protecteur aux troubles disruptifs. Les enfants présentant des troubles anxieux pourraient quand même être moins compétents socialement que la norme. Toutefois, comme ils auraient une meilleure compétence sociale que les enfants avec des problèmes neurodéveloppementaux importants et que notre échantillon ne contient pas d'enfants de la population générale, les présents résultats ne permettraient pas d'en rendre compte avec suffisamment de sensibilité. De plus, il est important de placer ces diagnostics selon la population étudiée. Les troubles anxieux des enfants préscolaires ont des manifestations particulières. L'anxiété des enfants d'âge préscolaire est possiblement moins de nature sociale que ce qui peut être observé chez les adultes. Il faut également prendre en compte le petit nombre d'enfants avec un trouble internalisé. Le faible nombre rend difficile l'interprétation de l'absence d'association entre ces troubles et la compétence sociale.

Dans le modèle de régression finale, les catégories du retard mental et TED ainsi que des troubles de communication et moteurs permettent d'estimer la variance de la compétence sociale tandis que les troubles relationnels et familiaux ne ressortent plus comme significativement associé à la compétence sociale. Considérant que les troubles relationnels et familiaux concernent davantage des dynamiques sociales à l'extérieur du milieu de garde, il est possible que l'influence sur la compétence sociale de l'enfant demeure modeste. À l'inverse, les diagnostics de retard mental ou de TED et les troubles de la communication ou

moteurs exercent une influence sur le fonctionnement global de l'enfant. Il s'agit de diagnostics qui ont le potentiel de rendre difficile l'ensemble des interactions sociales de l'enfant. Ainsi, les résultats soulignent l'importance de l'influence de la pathologie sur la compétence sociale. La présence de ces troubles pourrait également venir changer l'influence des frères et sœurs et leurs interactions, ce qui pourrait expliquer pourquoi les variables relatives à fratrie ne prédisent qu'un faible pourcentage de la variance sur la compétence sociale, lorsque la présence de ces diagnostics est contrôlée. En effet, un enfant souffrant d'un trouble pourrait bénéficier de moins d'interactions avec ses frères et sœurs ou que ces interactions soient de moins bonne qualité. Burbidge et Minnes (2014) ont montré que les participants adultes rapportaient moins de comportements liés à une proximité émotionnelle avec leurs frère ou sœurs souffrant d'un trouble du développement qu'avec leurs frères ou sœurs sans trouble, ce qui semble pointer dans cette direction. La présence de pathologies pourrait affecter les dynamiques relationnelles dans la famille de d'autres façon. Il a également été montré que le traitement différentiel des parents envers les enfants peut nuire significativement à la relation entre frères et sœurs (Shanahan, McHale, Crouter et Osgood, 2008). On peut penser qu'un enfant souffrant d'une psychopathologie a le potentiel d'être traité différemment dans sa fratrie. Ce traitement peut ainsi affecter les liens avec ses frères et sœurs. Dans l'ensemble, les résultats soulignent l'importance de mieux connaître comment stimuler les échanges dans la fratrie ainsi que les facteurs qui influencent naturellement cette relation, en particulier lorsqu'il y a présence de pathologies. En trouvant comment encourager la qualité et le nombre d'interactions au-delà des troubles psychologiques, la fratrie pourrait devenir un facteur protecteur important pour le développement de la compétence sociale pour cette population particulièrement vulnérable. À l'inverse, il est possible que pour les enfants avec des difficultés, le rôle de la fratrie demeure limité. Considérant les besoins particuliers de ces enfants, un autre enfant ne peut peut-être pas s'adapter et répondre à leurs besoins.

Un tout nouveau champ d'étude est ainsi ouvert et pourrait permettre de voir si certains types de troubles ont encore plus besoin que d'autres que l'on cible la compétence sociale des enfants et les interactions comme piste d'intervention. Pour faire avancer nos connaissances en psychopathologies il est important également que les études incluent divers types de psychopathologies et aussi tiennent compte de la comorbidité.

Variables socio-démographiques

Nous avons trouvé une association entre l'âge et la compétence sociale. Ce résultat va dans le même sens que ce qui était attendu. Néanmoins, l'âge n'est pas significativement associé à la variance sur la compétence sociale lorsque les autres variables sont considérées. Ce résultat diffère de l'hypothèse proposée. Il est possible que l'effet de l'âge dans notre population demeure très modeste et que d'autres facteurs sont davantage à considérer. De plus, tel que prédit, les filles présentaient une meilleure compétence sociale que les garçons, ce qui va également dans le même sens que nos hypothèses et la littérature. Toutefois, la variable du sexe n'a pas été incluse dans le modèle final afin de mieux observer l'influence du fait d'être fille avec une haute proportion de filles dans la fratrie sur la compétence sociale. Il apparaît néanmoins important d'investiguer plus en profondeur l'effet du sexe sur la compétence et les possibles interactions avec différentes variables de la fratrie dans de futures études. À l'inverse, le statut social n'est pas associé à la compétence sociale pour notre population particulière d'enfants préscolaires qui consultent en clinique psychiatrique. Ce résultat n'était pas attendu et ne correspond pas à l'hypothèse de départ. Cependant, il y avait de nombreuses données manquantes pour cette variable, ce qui est une limite importante à considérer. De plus, plusieurs enfants de la présente étude étaient issues de familles immigrantes, un facteur qui n'a pas été pris en compte dans les études précédentes s'intéressant au statut social. Plus d'études sont donc nécessaires afin de mieux comprendre comment l'immigration vient influencer la variable du statut social. Une nouvelle manière de calculer le statut social qui prend mieux en compte les enjeux derrière l'immigration pourrait être pertinente à développer. En effet, l'immigration d'une famille ainsi que les enjeux culturels peuvent ajouter un certain stress sur une dynamique familiale ou sur les enfants. Le statut social peut également changer pour les parents lorsqu'ils arrivent dans un nouveau pays. Cette explication est cohérente avec le fait d'avoir trouvé le pays de naissance de la mère comme la seule variable socio-démographique significativement associée à la compétence sociale. La corrélation significative entre le pays de naissance de la mère et le statut social pointe également vers cette hypothèse. Le pays de naissance de la mère pourrait donc rendre le mieux compte du statut social de cette dernière. De plus, le pays de naissance de la mère pourrait venir ajouter des enjeux au niveaux de la langue et des valeurs partagées avec le milieu d'éducation. Une différence de langue ou de valeurs pourraient exercer une influence importante sur la capacité

de l'enfant à s'adapter à son milieu et à créer des liens. Ces différences pourraient également venir influencer la perception de l'éducateur de l'enfant. Sommes toute, le pays de naissance de la mère garde un pouvoir prédictif sur la compétence sociale dans le modèle, même en considérant toutes les autres variables. Il s'agit d'un facteur peu étudié et qui serait important d'inclure dans les études futures. L'étude met en lumière la possible vulnérabilité d'un enfant de famille immigrante. Les études futures devraient s'intéresser aux répercussions pour les enfants d'avoir une mère née hors Canada afin de mieux comprendre les facteurs en jeu.

Implications

La présente étude a plusieurs implications. D'une part, il existe très peu d'études qui s'intéressent à l'influence de la fratrie. Plusieurs études sur la fratrie datent et une mise à jour est importante considérant tous les changements dans la structure des familles (e.g. familles moins nombreuses). Les attentes de genre changent également progressivement dans la société et il pourrait y avoir une influence entre autres sur la socialisation des enfants. La présente étude est également la première à avoir observé les associations entre les variables de la fratrie avec une population clinique. Des résultats significatifs ont été trouvés et plusieurs autres facteurs importants ont été soulevés. Ainsi, la présente étude peut servir de base pour de futures recherches sur le sujet en indiquant que l'influence de la fratrie est un facteur pertinent à explorer plus en profondeur. Les résultats soulèvent également les limites d'une généralisation sur une population vulnérable des résultats trouvés avec des échantillons d'enfants dont le développement est normal. De plus, comprendre le rôle qu'un membre de la fratrie peut avoir sur un enfant présentant des difficultés pourrait faciliter la mise en place de facteurs protecteurs pour cet enfant, ainsi que le plan de traitement. Par exemple, il pourrait être intéressant d'inclure les sœurs dans le processus de traitement pour les filles d'âge préscolaire présentant des difficultés. Sur le plan clinique, la présente étude montre également la possibilité de porter attention aux dynamiques dans la fratrie et à l'influence sur les ressources parentales. D'autre part, l'identification des diagnostics les plus à risque d'affecter la compétence sociale peut également avoir des implications importantes. Par exemple, une attention particulière pourrait être mise sur l'intégration sociale chez les enfants souffrant de ces diagnostics. Le traitement actuel des enfants qui souffrent de troubles du langage ou de la coordination motrice ne considère pas nécessairement l'influence de ce genre de diagnostic sur

la compétence sociale. Une plus grande attention sur celle-ci pourrait être majeure pour aider le fonctionnement futur de ses enfants. Ainsi, la présente étude permet d'établir des pistes pour des recherches futures. Les résultats montrent qu'il est pertinent de considérer la fratrie ainsi que les facteurs qui l'influencent. Une meilleure compréhension de ces facteurs peut être non seulement utile sur le plan clinique, mais permet également de mieux saisir des aspects développementaux chez l'enfant.

Forces et limites

La présente étude se démarque par plusieurs forces. D'abord, l'accès à un important échantillon clinique a permis d'étudier les liens avec un nombre significatif de participants. Ce nombre nous permet de faire des analyses multivariées qui sont en mesure de tenir compte de plusieurs facteurs simultanément. Obtenir et recruter un tel nombre de participants pour conduire une telle étude demande plusieurs années et est très coûteux. De plus, non seulement l'échantillon est très grand, mais il est composé d'une cohorte entière d'enfants qui consultent réellement en clinique psychiatrique. L'échantillon représente donc bien la population visée. En outre, l'accès au dossier clinique des patients a permis d'avoir des informations cliniques importantes telles que leurs diagnostics psychiatriques, plus difficiles à obtenir par les méthodes plus conventionnelles. De surcroît, les instruments utilisés sont des instruments reconnus et valides. L'étude utilise également différents types d'observateurs utilisant des outils de mesures variés, plutôt que de reposer sur le même observateur. En effet, les parents ont donné les informations socio-démographiques et les informations sur la famille, la compétence sociale était mesurée à partir de la perception de l'éducatrice dans un contexte d'interactions avec des pairs et les diagnostics étaient émis par pédopsychiatre. La diversité des observateurs permet de diminuer le risque d'avoir des relations reposant sur une perception seulement. Pour finir, l'étude s'est intéressée aux liens qui, à ce jour, sont encore très peu observés. Plusieurs facteurs d'influence sont considérés et explorés à travers la même étude.

Plusieurs limites peuvent néanmoins être soulevées. Tout d'abord, il est important de souligner que les résultats ont été obtenus de façon exploratoire. L'impact potentiel de l'erreur d'échantillonnage ne doit donc pas être sous-estimé et il est nécessaire de reproduire ces résultats. Aussi, bien qu'il fût avantageux d'avoir accès à des données extraites de dossiers

cliniques, la nature rétrospective de l'étude a également apporté plusieurs limites. Certaines informations auraient pu être pertinentes à ajouter et étudier. Si cette information ne se trouvait pas dans le dossier, il était impossible de l'étudier. Il aurait pu être pertinent d'avoir accès à d'autres facteurs tels que la qualité de la relation dans la fratrie. Considérant l'accès au dossier seulement, il était également impossible de clarifier une réponse avec un participant ou d'aller chercher certaines données manquantes. De plus, l'étude n'a pas permis de comparer les résultats avec un groupe contrôle. Cette limite est importante, considérant le peu d'études récentes et l'objectif de l'étude de mieux comprendre la population clinique. La généralisation des résultats a également des limites importantes. La comorbidité des diagnostics était également très importante parmi notre échantillon. Bien qu'il s'agisse d'un aspect représentatif de la population étudiée, ceci ne permettait pas de faire des comparaisons directes entre les diagnostics. Il faut également considérer que notre échantillon comprend uniquement des enfants allant à la garderie, ce qui peut aider au développement de la compétence sociale. Il est possible que l'influence de la fratrie soit moins grande chez des enfants en milieu de garde qu'elle pourrait l'être chez des enfants qui ne vont pas en garderie. Les participants étaient également d'âge préscolaires. Il est possible que l'effet de la fratrie soit plus évident à d'autres stades du développement. Enfin, la mesure de la compétence sociale était faite à partir des observations en garderie et ne prenait donc pas en compte les autres contextes de l'enfant où sa socialité peut se manifester. Il existe également plusieurs construits à l'intérieur de la compétence sociale et plusieurs façons de la mesurer, la présente étude en regarde qu'une seule. D'autres méthodes ou conceptualisation pourraient entraîner des résultats différents.

Directions pour de futures recherches

La présente étude peut servir de tremplin pour plusieurs études subséquentes. D'abord, il pourrait être intéressant de comparer les résultats avec un groupe contrôle d'une population non-clinique. Une telle étude permettrait davantage de comprendre l'influence de la psychopathologie sur la relation avec la fratrie. De plus, un nombre très limité d'études s'intéresse à la fratrie actuellement. Il serait donc également intéressant de se pencher sur l'influence moderne des frères et sœurs sur le développement. Plusieurs caractéristiques de la fratrie bénéficieraient d'être étudiées davantage et de manière plus spécifique. Par exemple, il pourrait être intéressant d'explorer plus en profondeur l'influence du sexe sur la fratrie. Il est

possible que la proportion des garçons dans la fratrie influence la compétence sociale des garçons, tout comme il est possible que ce lien soit réservé aux filles. Des études observationnelles pourraient également documenter quelles sont les distinctions entre les interactions fille-garçon, fille-fille et garçon-garçon ou encore selon le nombre. Ce genre d'étude serait pertinente pour mieux comprendre les dynamiques particulières à chacune de ses interactions. Davantage d'études sont également nécessaires afin de mieux comprendre l'influence du nombre de frère et sœur sur le développement. Il pourrait également être intéressant d'inclure la différence d'âge dans l'étude de l'influence de la fratrie. Il est possible qu'en contrôlant pour ce facteur, le rang ressorte comme exerçant une influence significative. Aussi, afin de mieux comprendre l'influence de la fratrie, il serait intéressant de comparer les résultats avec un échantillon d'enfant n'allant pas à la garderie. En outre, le pays de naissance de la mère a pris une place importante dans l'étude. Cette place souligne l'importance de mieux étudier et considérer les facteurs culturels et les défis auxquels les enfants issus de l'immigration doivent faire face. En effet, il reste beaucoup à connaître sur les obstacles rencontrés par les enfants de familles immigrantes et comment leur compétence sociale est affectée ou perçue par les éducateurs en service de garde. Une plus grande connaissance est nécessaire afin d'avoir des points de repères pour augmenter le soutien chez ses familles et mieux accompagner ces enfants en milieu de garde. Enfin, plusieurs éléments demeurent à démystifier sur l'influence que certains diagnostics peuvent avoir sur la compétence sociale des enfants. De futures recherches s'intéressant à ce lien et aux facteurs médiateurs pourraient apporter plusieurs pistes afin de pouvoir travailler la socialité de cette population vulnérable. Bref, la présente étude souligne l'importance d'un plus grand nombre d'études s'intéressant aux facteurs personnels et familiaux et l'influence qu'ils ont sur la compétence sociale des enfants souffrant de psychopathologies. Une plus grande compréhension de ces facteurs permettrait à ces enfants de profiter tout autant d'une des choses les plus précieuses à l'être humain : les relations sociales.

Conclusion

Cet essai avait comme ambition d'explorer la relation entre la fratrie et la compétence sociale chez les enfants d'âge préscolaire consultant en clinique psychiatrique. Pour ce faire, plusieurs facteurs de la fratrie ont été observés : le nombre, le rang et la proportion de filles tout en contrôlant pour la présence des types de diagnostics ainsi que pour l'âge de l'enfant et le pays de naissance de la mère. Très peu d'études se sont intéressées à cette question auparavant, en particulier pour une population clinique. Pourtant, il s'agit d'une population qui pourrait particulièrement bénéficier d'une meilleure compréhension des facteurs protecteur ou aggravant l'ajustement social. Une meilleure compréhension du rôle de la fratrie a un potentiel clinique important. En s'inspirant de ce qui avait été trouvé dans la population non-clinique, plusieurs hypothèses ont pu être formulées. D'abord, nous avons postulé que les enfants avec un ou deux membres dans leur fratrie aient une meilleure compétence sociale que ceux n'ayant aucune fratrie ou avec une fratrie plus nombreuse que deux. Cette hypothèse a pu être confirmée partiellement, où l'avantage de la fratrie était remarqué seulement lorsque l'enfant avait un seul frère/sœur. L'influence du nombre de la fratrie sur la compétence sociale n'était cependant pas significative lorsque tous les facteurs étaient considérés. Nous avons également postulé que les enfants derniers nés auraient une meilleure compétence sociale que les enfants ayant un rang différent dans la fratrie. Toutefois, aucun lien significatif n'a pu être dégagé entre le rang dans la fratrie et la compétence sociale. Nous avons ensuite fait l'hypothèse qu'une meilleure compétence sociale serait observée chez les enfants avec une proportion plus élevée de filles dans la fratrie. Ce lien s'est avéré, mais pour les filles seulement. Les résultats montrent que pour les filles, la proportion des filles dans la fratrie demeure un prédicteur de la variance sur la compétence sociale, même en considérant toutes les autres variables. Enfin, l'étude visait également à explorer le lien entre les différentes psychopathologies et la compétence sociale. Certaines catégories diagnostiques sont effectivement associées à la compétence sociale. Un lien a pu être observés pour les diagnostics suivants : les troubles envahissants du développement ou retards mentaux, les troubles moteurs ou les troubles de la communication ainsi que les troubles relationnels ou familiaux. Les diagnostics significativement associés à la compétence sociale furent inclus au modèle de régression final

à titre de variable contrôle pour mieux observer l'influence des variables de la fratrie. Lorsque qu'incluent dans le modèle, les troubles relationnels ou familiaux n'étaient pas associés à la variance sur la compétence sociale. À l'inverse, les troubles envahissants du développement ou retards mentaux et les troubles moteurs ou les troubles de la communication sont des prédicteurs significatifs de la variance sur la compétence sociale. Parmi les variables contrôles, les résultats montrent que l'âge et le pays de naissance de la mère sont significativement associés à la compétence sociale, tandis que le statut social ne l'est pas. Lorsqu'inclus dans le modèle final considérant l'ensemble des variables, le pays de naissance de la mère se trouve à être un prédicteur significatif de la variance sur la compétence sociale. En effet, les enfants de mère nées hors Canada sont perçus par l'éducatrice comme ayant une moins bonne compétence sociale. Somme toute, l'ensemble des variables considérées par l'étude expliquent 23,3% de la variance sur la compétence sociale, ce qui confirme notamment l'importance d'étudier davantage ces variables. Les résultats dégagent la complexité, mais également de l'importance de continuer à étudier les relations entre frères et sœurs. La psychopathologie ajoute notamment un défi considérable dans la compréhension des dynamiques à l'œuvre dans ces relations. En somme, la présente étude souligne l'importance de mieux comprendre ce qui peut favoriser une plus ou moins bonne adaptation chez des enfants qui présentent de la psychopathologie. La pertinence de prendre une perspective plus écosystémique (Bronfenbrenner, 1986) dans les plans de traitement apparaît d'autant plus évidente à la lumière de nos résultats. Considérant les influences importantes de la psychopathologie, plus de cliniciens se doivent de s'informer et d'aller au-delà du soulagement des symptômes directs pour lesquels l'enfant consulte.

Références

- Angold, A. et Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. Dans DelCarmen-Wiggins, R., et Carter, A. (dir.), *Handbook of Infant, Toddler, And Preschool Mental Health Assessment* (p. 123-139). Oxford University Press
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C. et Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14(2), 133-154.
- Bank, L., Patterson, G. R., et Reid, J. B. (1996). Negative sibling interaction patterns as predictors of later adjustment problems in adolescent and young adult males. In G. H. Brody (Ed.), *Sibling relationships: Their Causes and Consequences* (pp. 197-229). Ablex Publishing Corporation.
- Bank, S.P., et Kahn, M.D. (1997). *The Sibling Bond*. Basic Books.
- Berndt, T. J. et Bulleit, T. N. (1985). Effects of sibling relationships on preschoolers' behavior at home and at school. *Developmental Psychology*, 21(5), 761- 767.
- Bhugra, D., et Arya, P. (2005). Ethnic density, cultural congruity and mental illness in migrants. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 133-137.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., Thompson, W. W., et Kupersmidt, J. B. (1995). Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Development*, 66(4), 1107-1129.
- Brody, G. H. (1996). *Sibling Relationships: Their Causes and Consequences* (Vol. 10). Ablex Publishing Corporation.
- Brody, G. H., Ge, X., Kim, S. Y., Murry, V. M., Simons, R. L., Gibbons, F. X., . . . Conger, R. D. (2003). Neighborhood disadvantage moderates associations of parenting and older sibling problem attitudes and behavior with conduct disorders in African American children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 211-222.
- Brody, G. H. (2004). Siblings' direct and indirect contributions to child development. *Current Directions in Psychological Science*, 13(3), 124-126

- Brody, G. H., Stoneman, Z., MacKinnon, C. E., et MacKinnon, R. (1985). Role relationships and behavior between preschool-aged and school-aged sibling pairs. *Developmental Psychology*, 21(1), 124–129. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.124>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Brooks-Gunn J. et Duncan G.J. (1997). The effects of poverty on children. *Future Child*. 7(2):55–71
- Brown, W. H., et Conroy, M. A. (2002). Promoting peer-related social-communicative competence in preschool children. *Promoting social communication: Children with developmental disabilities from birth to adolescence*, 10, 211-238.
- Brown, ed., W. B., McConnell, S. R., Odom, S. L. (Ed.), et McConnell, S. R. (Ed.) (2007). *Social Competence of Young Children: Risk, Disability, and Intervention*. Paul H. Brookes Publishing.
- Burbidge, J., et Minnes, P. (2014). Relationship quality in adult siblings with and without developmental disabilities. *Family Relations*, 63(1), 148-162.
- Cheng, H. C., Chen, H. Y., Tsai, C. L., Chen, Y. J., et Cherng, R. J. (2009). Comorbidity of motor and language impairments in preschool children of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 30(5), 1054-1061.
- Cohen, N. J., Davine, M., Horodezky, N., Lipsett, L., et Isaacson, L. (1993). Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behavioral characteristics. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 32(3), 595-603.
- Courtiol, A., Raymond, M. et Faurie, C. (2009). Birth order affects behaviour in the investment game: firstborns are less trustful and reciprocate less. *Animal Behaviour*, 78(6), 1405-1411.
- Daglar, M., Melhuish, E., et Barnes, J. (2011). Parenting and preschool child behaviour among Turkish immigrant, migrant and non-migrant families. *European Journal of Developmental Psychology*, 8(3), 261-279.
- DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S. et Martinez, C. R. Jr. (1999). Parenting of divorced mothers as a link between social status and boys' academic outcomes: Unpacking the effects of socioeconomic status. *Child Development*, 70(5), 1231–1245

- Downey, D. B. (2001). Number of siblings and intellectual development: The resource dilution explanation. *American Psychologist*, 56(6-7), 497-504.
- Downey, D. B., et Condrón, D. J. (2004). Playing well with others in kindergarten: The benefit of siblings at home. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 333-350.
- Dunn, J. (1988). Connections between relationships: Implications of research on mothers and siblings. In R. A. Hinde et F. Stevenson Hinde (dir.), *Relationships within families: Mutual influences* (p. 168-180). Oxford, England: Clarendon Press
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., Capuano, F., et Durning, P. (1995). *Profil socio-affectif (PSA)*. Éditions du centre de psychologie appliquée.
- First, M. B., France, A., et Pincus, H. A. (2004). *DSM-IV-TR guidebook*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fong, S. S., Lee, V. Y., Chan, N. N., Chan, R. S., Chak, W. K., et Pang, M. Y. (2011). Motor ability and weight status are determinants of out-of-school activity participation for children with developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2614-2623
- Guralnick, M. J., Connor, R. T., Hammond, M. A., Gottman, J. M., et Kinnish, K. (1996). The peer relations of preschool children with communication disorders. *Child Development*, 67(2), 471-489.
- Hetherington, E. M., Hinde, R. A., et Stevenson-Hinde, J. (1988). *Relationships within families: Mutual influences*.
- Hollingshead, A. B. (1975). Four Factor Index of Social Status. Unpublished manuscript, Department of Sociology, Yale University, New Haven, CT.
- Hollo, A., Wehby, J. H., et Oliver, R. M. (2014). Unidentified language deficits in children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. *Exceptional Children*, 80(2), 169-186.
- Howe, N., Ross, H. S. et Recchia, H. (2011). Sibling relations in early and middle childhood. *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Social Development*, Second Edition, 356-372.
- Jones, D. E., Greenberg, M., et Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2283-2290.

- Kia-Keating, M. (2006). *Refugee youth in resettlement: Exposure to war and protective factors*. Boston University.
- Kitzmann, K. M., Cohen, R. et Lockwood, R. L. (2002). Are only children missing out? Comparison of the peer-related social competence of only children and siblings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(3), 299-316.
- Koch, H. L. (1956). Some emotional attitudes of the young child in relation to characteristics of his sibling. *Child Development*, 393-426.
- Lafreniere, P.J., Dubeau, D., Capuano, F. et Janosz, M. (1990). Profil socio-affectif des enfants préscolaire. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 19(1), 23-41.
- LaFreniere, P. J. et Dumas, J. E. (1996). Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: the short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8(4), 369-377.
- LaFreniere, P.J. et al. (2002). Cross-cultural analysis of social competence and behavior problems in preschoolers. *Early Education and Development*, 13(2), 201-220
- Lemerise, E. A. (1997). Patterns of peer acceptance, social status, and social reputation in mixed-age preschool and primary classrooms. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 199-218.
- Linver, M. R., Brooks-Gunn, J. et Kohen, D. E. (2002). Family processes and pathways from income to young children's development. *Developmental Psychology*, 38,719–734.
- McCabe, P. C., et Meller, P. J. (2004). The relationship between language and social competence: How language impairment affects social growth. *Psychology in the Schools*, 41(3), 313-321.
- Maccoby, E. E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45(4), 513-520.
- McLeod, J. D., et Shanahan, M. J. (1993). Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review*, 351-366.
- Minnett, A. M., Vandell, D. L. et Santrock, J. W. (1983). The effects of sibling status on sibling interaction: Influence of birth order, age spacing, sex of child, and sex of sibling. *Child Development*, 1064-1072.

- Modry-Mandell, K. L., Gamble, W. C. et Taylor, A. R. (2007). Family emotional climate and sibling relationship quality: Influences on behavioral problems and adaptation in preschool-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 59-71
- Moore, K. A., Morrison, D. R., Zaslow, M. J., et Gleib, D. A. (1994, December). Ebbing and flowing, learning, and growing: Family economic resources and children's development. In *a workshop on Welfare and Child Development, National Academy of Sciences, Washington, DC*.
- National Research Council et Institute of Medicine. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press
- Pettit, G. S., Dodge, K. A., et Brown, M. M. (1988). Early family experience, social problem solving patterns, and children's social competence. *Child Development*, 107-120.
- Philippot, P., et Feldman, R. S. (1990). Age and social competence in preschoolers' decoding of facial expression. *British Journal of Social Psychology*, 29(1), 43-54.
- Prime, H., Plamondon, A., & Jenkins, J. M. (2017). Birth order and preschool children's cooperative abilities: A within-family analysis. *British Journal of Developmental Psychology*, 35(3), 392-405.
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social Development*, 6(1), 111-135.
- Rydell, A. M., Hagekull, B., et Bohlin, G. (1997). Measurement of two social competence aspects in middle childhood. *Developmental Psychology*, 33(5), 824-833.
- Sebanc, A. M., Pierce, S. L., Cheatham, C. L. et Gunnar, M. R. (2003). Gendered social worlds in preschool: Dominance, peer acceptance and assertive social skills in boys' and girls' peer groups. *Social Development*, 12(1), 91-106.
- Shanahan, L., McHale, S. M., Crouter, A. C., et Osgood, D. W. (2008). Linkages between parents' differential treatment, youth depressive symptoms, and sibling relationships. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 480-494.
- Speltz, M. L., Greenberg, M. T. et Deklyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology*, 2(01), 31-46.

- Stoneman, Z., Brody, G. H., et MacKinnon, C. (1984). Naturalistic observations of children's activities and roles while playing with their siblings and friends. *Child Development*, 617-627.
- Stoneman, Z., Brody, G. H., et MacKinnon, C. E. (1986). Same-sex and cross-sex siblings: Activity choices, roles, behavior, and gender stereotypes. *Sex Roles*, 15(9-10), 495-511.
- Stormshak, E. A., Bellanti, C. J. et Bierman, K. L. (1996). The quality of sibling relationships and the development of social competence and behavioral control in aggressive children. *Developmental Psychology*, 32(1), 79-89.
- Strain, P. S., Guralnick, M. J., et Walker, H. M. (2013). *Children's social behavior: Development, assessment, and modification*. Elsevier.
- Sutton-Smith, B., et Rosenberg, B. G. (1970). *The sibling*. Holt, Rinehart, et Winston
- Trautman, R. C., Giddan, J. J., et Jurs, S. G. (1990). Language risk factor in emotionally disturbed children within a school and day treatment program. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 13(2), 123-133.
- Tucker, C. J., Updegraff, K. A., McHale, S. M. et Crouter, A. C. (1999). Older siblings as socializers of younger siblings' empathy. *The Journal of Early Adolescence*, 19(2), 176-198.
- Visscher, C., Houwen, S., Scherder, E. J., Moolenaar, B., et Hartman, E. (2007). Motor profile of children with developmental speech and language disorders. *Pediatrics*, 120(1), 158-163.
- Walker, S., Irving, K. et Berthelsen, D. (2002). Gender influences on preschool children's social problem-solving strategies. *The Journal of Genetic Psychology*, 163(2), 197-209.
- Walker, S. (2005). Gender differences in the relationship between young children's peer-related social competence and individual differences in theory of mind. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(3), 297-312.
- Webster, R. I., Majnemer, A., Platt, R. W., et Shevell, M. I. (2005). Motor function at school age in children with a preschool diagnosis of developmental language impairment. *The Journal of Pediatrics*, 146(1), 80-85.
- Webster-Stratton, C. et Lindsay, D. W. (1999). Social competence and conduct problems in young children: Issues in assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 25-43.

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J. et Spencer, T. J. (2002).
Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal
of Developmental et Behavioral Pediatrics*, 23(0), S31-S36.

ZERO TO THREE (1994). *Diagnostic classification of mental health and developmental
disorders of infancy and early childhood (DC:0-3)*. Washington, DC: Author.

Annexe 1 : 24 catégories de regroupement des diagnostics

1. Troubles dépressifs
Trouble dépressif NS (F32.9P)
2. Troubles anxieux
Phobie sociale (F40.1)
Phobie spécifique (F40.2)
Trouble anxieux NS (F41.9)
Personnalité obsessionnelle-compulsive
Anxiété de séparation (F93.0)
Mutisme sélectif (F94.0)
Trouble obsessionnel-compulsif (F42.X)
Trouble de l'adaptation NS (F43.29)
Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (F43.22)
Trouble panique sans agoraphobie (F41.0)
État de stress post-traumatique probable (F43.1P)
3. Les retards mentaux
Retard mental léger (F70.X)
Retard mental moyen (F71.X)
Retard mental grave (F72.X)
Retard mental sévérité NS (F79.X)
4. Les troubles envahissant de développement
Trouble autistique (F84.0)
Trouble autistique probable (F84.0P)
Syndrome de Rett (F84.2)
Trouble envahissant du développement NS (F84.9)
Trouble envahissant du développement NS probable (F84.9P)
5. Les troubles du langage
Trouble du langage expressif (F81.0)
Trouble du langage de type mixte expressif/réceptif (F80.2)

<p>Trouble de la communication NS (F80.9) Social pragmatic communication disorder</p>
<p>6. Bégaiement</p>
<p>Bégaiement (F98.5)</p>
<p>7. Troubles phonologiques</p>
<p>Trouble phonologique (F80.0) Trouble phonologique (F80.0) Trouble phonologique probable (F80.0P)</p>
<p>8. Les troubles moteurs</p>
<p>Trouble de l'acquisition de la coordination (F82.0)</p>
<p>9. Tics</p>
<p>Tic transitoire (F95.0) Tic moteur ou vocal chronique (F95.1) Syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2) Mouvements stéréotypés (F98.4) Tic non-spécifié (F95.9)</p>
<p>10. Problème de régulation sensorielle</p>
<p>Problème de régulation sensorielle (CPPE_REGH)</p>
<p>11. Troubles d'apprentissage</p>
<p>Trouble de la lecture (F81.0) Trouble des apprentissages NS (F81.9)</p>
<p>12. Les troubles oppositionnels</p>
<p>Trouble oppositionnel avec provocation (F91.3) Trouble oppositionnel avec provocation probable (F91.3P) Trouble de comportement perturbateur NS (F91.9) Trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites (F43.24)</p>
<p>13. Troubles du déficit de l'attention</p>

Déficit de l'attention/hyperactivité de type mixte (F90.0)
Déficit de l'attention/hyperactivité de type mixte probable (F90.0P)
Déficit de l'attention/hyperactivité NS (F90.9)
Déficit de l'attention/hyperactivité NS probable (F90.9P)
14. Les problèmes relationnels
Problème relationnel dans la fratrie (F93.3)
Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat (Z63.8)
Problème relationnel parent-enfant (Z63.1)
Trouble réactionnel de l'attachement (F94.X)
Trouble réactionnel de l'attachement de la 1 ^{ère} /2 ^e enfance type inhibé (F94.1)
Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision (F94.9)
Problème lié à l'acculturation (Z60.3)
Problème relationnel NS (Z63.9)
15. Troubles familiaux
Trouble socio-familiaux (Z60.8)
Troubles familiaux (Z60.9)
16. Problème d'encadrement éducatif
Autres difficultés précisées liés à l'éducation (Z62.8)
Mauvaise adaptation éducative (Z55.4)
Autres difficultés liées à des négligences dans l'éducation (Z62.5)
Surveillance inadéquate de la part des parents (Z60.0)
17. Enurésie-encoprésie
Enurésie (CIM-10_F98.0)
Encoprésie (CIM-10_R15)
18. Problèmes physiologiques
Épilepsie sans précision (3459)
Épilepsie sans précision probable (3459P)
Problème de santé physique variés (PHYS)
19. Problèmes d'audition
Problème d'audition (V412)

Problème d'audition probable (V412P)
20. Problème d'audition central
Problème d'audition centrale (V412A)
Problème d'audition centrale probable (V412AP)
21. Problèmes de sommeil
Dysosmie NS (F51.9)
22. Troubles alimentaires
Troubles alimentaires (F98.2)
23. Trouble d'identité sexuelle
Trouble de l'identité sexuelle chez les enfants (F64.2)
24. Problèmes scolaires
Problèmes scolaire (Z55.8)
