

Université de Montréal

**Portrait sociodémographique, anamnestique et psychopathologique
des enfants hébergés dans les Centres jeunesse et à qui l'on prescrit
des médicaments psychotropes**

par

Julie Desjardins

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en psychologie - recherche et intervention
option psychologie clinique

Mars 2013

© Desjardins, Julie, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Portrait sociodémographique, anamnestique et psychopathologique des enfants
hébergés dans les Centres jeunesse et à qui l'on prescrit des médicaments
psychotropes.

présentée par :
Julie Desjardins

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

..... Andrée Fortin.....

président-rapporteur

..... Denis Lafortune.....

directeur de recherche

..... Francine Cyr.....

codirectrice de recherche

..... Sylvie Normandeau.....

membre du jury

..... Robert Pauzé.....

examineur externe

..... Jean-Sébastien Fallu.....

représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse a pour but de mieux comprendre le recours aux médicaments psychotropes chez les enfants hébergés en Centre jeunesse, une population qui compte parmi les plus médicalisées. Afin d'y parvenir, les caractéristiques sociodémographiques, anamnestiques et psychopathologiques des enfants placés qui reçoivent des psychopharmacoprescriptions ont été analysées. L'échantillon se compose de 101 enfants de 6 à 12 ans placés en foyer de groupe ou centre de réadaptation, dont 71 recevant des médicaments psychotropes. Les données ont été obtenues par le biais de questionnaires remplis par les éducateurs, par une entrevue semi-structurée réalisée auprès des enfants et une analyse du dossier. Sur le plan de la structure, cet ouvrage comprend une introduction, quatre articles et une conclusion.

Le premier article comporte une recension des écrits sur l'usage de la psychopharmacothérapie chez les jeunes placés dans les services de la protection de la jeunesse. Il a été constaté que les taux de prescriptions peuvent varier entre 13% et 77%, selon le type de placement et les régions à l'étude. La symptomatologie des enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes est caractérisée par des problèmes extériorisés et des troubles psychotiques. Les corrélats du recours à la prescription concernent à la fois la sévérité du tableau clinique, mais aussi le type et l'instabilité du placement, l'âge et le sexe de l'enfant ainsi que la formation des intervenants. Enfin, les écrits recensés font état de l'influence des neurosciences dans les milieux médicaux sur les décisions de prescrire.

Le deuxième article présente la prévalence des psychopharmacoprescriptions chez les enfants de 6 à 12 ans placés hors d'un milieu familial. Les résultats indiquent que 70,3% des jeunes reçoivent au moins une prescription, le plus souvent signées par des médecins spécialistes. La plupart se composent de psychostimulants et d'antipsychotiques atypiques, prescrits pour des troubles de l'attention avec hyperactivité.

Le troisième article cherche à préciser les caractéristiques sociodémographiques et anamnestiques des enfants placés qui prennent des médicaments psychotropes. Les résultats indiquent que les sujets médicamentés et non médicamentés ont vécu des stressors psychosociaux similaires. Par contre, les enfants placés qui reçoivent une psychopharmacothérapie ont été retirés de leur milieu familial à un plus jeune âge.

Le quatrième article consiste à cibler leur portrait psychopathologique et à connaître leur niveau de fonctionnement global. Il s'intéresse également aux connaissances et aux perceptions des éducateurs sur la psychopharmacothérapie. Les résultats révèlent que les enfants médicamentés ont plus souvent un diagnostic de trouble mental inscrit à leur dossier. Selon les éducateurs, ils présentent davantage de problèmes extériorisés et intériorisés. À partir de données autorévélees, aucune distinction ne peut être établie entre les sujets, puisque les uns et les autres rapportent un niveau comparable de symptômes et de signes diagnostiques. Enfin, les symptômes de stress post-traumatique et l'opinion favorable des éducateurs sur la psychopharmacothérapie constituent des prédicteurs significatifs de la probabilité de recourir à un traitement médicamenteux.

En conclusion, l'apport des résultats de cette recherche est analysé à la lumière des études antérieures. Les retombées cliniques sont discutées et des pistes de recherche futures sont suggérées.

Mots-clés : Médicaments psychotropes, psychopathologie infantile, Centre jeunesse, maltraitance.

Summary

The present thesis aims to better understand the use of psychotropic medication among children in foster care, a population, which appears to be particularly subject to psychopharmacotherapy. In order to achieve this goal, the sociodemographic, anamnestic and psychopathological characteristics of children who receive psychopharmacotherapy will be analyzed. The sample consists of 101 children in care, including 71 children receiving psychotropic medications. These data were obtained through questionnaires completed by the educators responsible for these youths. In terms of structure, this work of research consists of an introduction, four articles, and a conclusion.

The first article includes a review of the literature on the use of psychopharmacotherapy in children placed in youth protection care. It has been found that prescription rates can vary between 13% and 77%, depending on the type of placement and geographical areas studied. The symptomatology of children receiving psychotropic medication is mainly characterized by externalizing problems and psychotic disorders. The correlates of prescription rates involve the severity of the clinical portrait, the type and instability of placement, child age and gender, and workers' training. Finally, the literature review shows the influence of neuroscience on the medical community's decisions to prescribe.

The second article presents the prevalence of psychopharmacological prescriptions in children ages 6 to 12 years, who are placed in foster group homes or rehabilitation centers. It also identifies the classes of molecules used, the reasons for

prescribing and the training of the prescribing physician. The results indicate that 70.3% of young people receive at least one prescription, most often signed by specialized physicians. These data mostly consist of psycho-stimulant and antipsychotic drugs prescribed for Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD).

The third article seeks to identify the sociodemographic and anamnestic characteristics of children receiving psychotropic medication. Medicated youths ($n = 71$) were compared to non-medicated ones ($n = 30$). The results indicate that both groups experienced psychosocial stressors prior to their placement. However, foster children who received psychopharmacotherapy were removed from their home at a younger age, and experienced more family life changes before the age of 6, in comparison to non-medicated children.

The fourth article aimed to target the psychopathology portrait of children receiving psychotropic medication, and to clarify their overall level of functioning. It also focuses on educators' knowledge and perceptions of psychopharmacotherapy. The results showed that medicated had a mental disorder diagnosis recorded in their files more often than non-medicated children. As perceived by educators, these children had more externalized and internalized problems. However, according to self-reported data, no distinction can be made between medicated and non-medicated children, since both groups reported comparable levels of symptoms and diagnostic signs. Finally, the results indicate that post-traumatic stress symptoms and educators' favorable opinion concerning pharmacotherapy are significant predictors of the probability of medication use.

In conclusion, the inputs of these research findings are analyzed in light of previous studies. The clinical implications are discussed and future research directions will be suggested.

Keywords: Psychotropic medication, child psychopathology, youth protection, child maltreatment.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
SUMMARY	VI
TABLE DES MATIÈRES	IX
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XIII
REMERCIEMENTS	XV
INTRODUCTION	1
CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES RÉFÉRÉES AUX SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE	2
LE SIGNALEMENT À LA DPJ ET LES MOTIFS DE COMPROMISSION.....	5
CONSÉQUENCES DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT.....	6
LE PLACEMENT.....	8
LE TRAITEMENT DES ENFANTS PLACÉS	10
LA PSYCHOPHARMACOTHÉRAPIE	11
TROIS TENDANCES EN PSYCHOPHARMACOTHÉRAPIE PÉDIATRIQUE	12
ENJEUX ENTOURANT LA RECHERCHE EN PSYCHOPHARMACOPRESCRIPTION PÉDIATRIQUE	14
PRATIQUES ACTUELLES DE PRESCRIPTION	15
LES POLYMÉDIATIONS.....	16
CARACTÉRISTIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES DES ENFANTS PLACÉS À L'EXTÉRIEUR D'UN MILIEU FAMILIAL QUI REÇOIVENT DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	17
COMPLEXITÉ DU TRAITEMENT DES ENFANTS PLACÉS, VALEUR SYMBOLIQUE DU MÉDICAMENT ET CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS ASSOCIÉES AU RECOURS À LA PSYCHOPHARMACOTHÉRAPIE ..	18
CONTRIBUTION DES AUTEURS	25
CHAPITRE 1, PREMIER ARTICLE : LA PSYCHOPHARMACOTHÉRAPIE DANS LES CENTRES DE RÉÉDUCATION: PORTRAIT DES ENFANTS PLACÉS QUI REÇOIVENT DES SERVICES MÉDICAUX	27
RÉSUMÉ	28
LE CONTEXTE CLINIQUE : PORTRAIT PSYCHOPATHOLOGIQUE DES ENFANTS HÉBERGÉS.....	34
LE CONTEXTE SOCIAL : LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE OFFERTS AUX JEUNES EN BESOIN DE PROTECTION.....	39
LE CONTEXTE ENTOURANT LES PRATIQUES MÉDICALES : LA BIOPSYCHIATRIE ET L'APPORT DES NEUROSCIENCES.....	46
ANALYSE ET DISCUSSION	47
CONCLUSION.....	54
RÉFÉRENCES	56
CHAPITRE 2, DEUXIÈME ARTICLE : PRÉVALENCE DES PRESCRIPTIONS PSYCHOPHARMACOLOGIQUES AUX ENFANTS PLACÉS EN FOYER DE GROUPE ET EN CENTRE DE RÉADAPTATION.	75
RÉSUMÉ	76
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	83
MÉTHODE.....	84
STRATÉGIE D'ANALYSE.....	87
RÉSULTATS	89
DISCUSSION	94
LIMITES.....	98

CHAPITRE 3, TROISIÈME ARTICLE. PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET ANAMNÉSTIQUE DES ENFANTS HÉBERGÉS EN CENTRE JEUNESSE ET QUI REÇOIVENT DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES.....	107
RÉSUMÉ	108
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	116
MÉTHODE.....	116
STRATÉGIE D'ANALYSE.....	122
RÉSULTATS	124
DISCUSSION.....	133
LIMITES.....	137
RÉFÉRENCES	140
CHAPITRE 4, QUATRIÈME ARTICLE : LE RECOURS À LA PSYCHOPHARMACOTHÉRAPIE EN CENTRE JEUNESSE : PORTRAIT PSYCHOPATHOLOGIQUE DES ENFANTS PLACÉS ET PERCEPTION DU TRAITEMENT PAR LES ÉDUCATEURS.....	149
RÉSUMÉ	150
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	159
MÉTHODE.....	160
STRATÉGIE D'ANALYSE.....	169
RÉSULTATS	171
DISCUSSION.....	190
CONCLUSION.....	199
LIMITES DE L'ÉTUDE	199
RÉFÉRENCES	201
DISCUSSION GÉNÉRALE	215
SYNTHÈSE ET INTÉGRATION DES RÉSULTATS.....	216
IMPLICATIONS CLINIQUES.....	233
LIMITES DE LA THÈSE	240
CONTRIBUTIONS.....	243
CONCLUSION.....	245
RÉFÉRENCES DE L'INTRODUCTION ET DE LA CONCLUSION	246
ANNEXES.....	XXIII
ANNEXE 1: FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	XXIV
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRES POUR LES ÉDUCATEURS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
INFORMATIONS GÉNÉRALES ET MÉDICALES.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANNEXE 3 : ANALYSE DU DOSSIER.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANNEXE 4 : ENTREVUE AVEC L'ENFANT	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

Liste des tableaux

Article 2 :

Tableau 1. Prévalence de la prescription de médicaments psychotropes aux enfants hébergés en Centre jeunesse.

Tableau 2. Répartition des jeunes (fréquence et pourcentage) par catégorie de médicaments prescrits.

Tableau 3. Motifs de prescription par catégorie de médicaments prescrits.

Article 3 :

Tableau 1. Motifs de placement dans la ressource actuelle (fréquence et pourcentage) selon le groupe d'appartenance.

Tableau 2. Fréquence et pourcentage des stressseurs psychosociaux par groupe d'appartenance.

Article 4 :

Tableau 1. Diagnostics de troubles mentaux inscrits au dossier de l'enfant par groupe d'appartenance.

Tableau 2. Résultats aux échelles DSM du CBCL (score moyen et écart-type) par groupe d'appartenance.

Tableau 3. Diagnostics autorapportés (KSADS) (fréquence et pourcentage) par groupe d'appartenance.

Tableau 4. Symptômes évalués par les éducateurs (CBCL) (score moyen et écart type) par groupe d'appartenance.

Tableau 5. Symptômes autorapportés au Dominic interactif (fréquence et pourcentage) par groupe d'appartenance.

Tableau 6. Fonctionnement global de l'enfant (CAFAS) (score moyen et écart type) par groupe d'appartenance.

Tableau 7. Variables prédictives de la poursuite de la psychopharmacothérapie par groupe d'appartenance.

Liste des sigles et abréviations

CAFAS : Child and Adolescent Functionnal Assessment Scale

CBCL : Child Behavior Checklist

CIM : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

CJ : Centre jeunesse

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSSSS : Loi sur la santé et les services sociaux

KSADS : Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

TAG : Trouble d'anxiété généralisée

TC : Trouble des conduites

TOC : Trouble obsessionnel-compulsif

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

SGT : Syndrome de Gilles de la Tourette

Remerciements

J'exprime d'abord toute ma reconnaissance et ma gratitude à mes directeurs de thèse. Merci à Denis Lafortune, pour avoir guidé ce projet avec une grande rigueur intellectuelle. Merci pour le partage de tes connaissances, pour les critiques constructives et pour avoir accueilli et soutenu chacune de mes idées. Merci à ma codirectrice, Francine Cyr, pour ta contribution bienveillante à ce projet. Merci pour ton dynamisme qui a su éveiller mes réflexions de chercheure, pour tes précieux encouragements et ta confiance en mes qualités.

Merci à chacune des personnes des sept Centres jeunesse du Québec qui ont rendu possibles la création et la mise sur pied de ce projet. Merci à l'Association des Centres jeunesse du Québec et à la Fédération des ressources intermédiaires du Québec pour l'intérêt porté à ma démarche de recherche. Merci aux directeurs des services professionnels et aux coordonnateurs de recherche ainsi qu'aux intervenants sociaux, aux éducateurs et aux chefs de service des unités de réadaptation et foyers de groupe. Votre dynamisme, vos questionnements, votre temps consacré à cette recherche et votre dévouement pour la pratique clinique auront grandement contribué à l'actualisation de ce projet.

Merci aux Instituts de recherche en santé du Canada et aux Fonds de recherche en santé du Québec pour l'octroi de bourses d'études supérieures. Merci également à Johanne Collin et à son équipe de recherche sur le Médicament comme objet social et culturel pour le soutien financier et les opportunités de réflexion. Merci à l'équipe du

Centre international de Criminologie comparée pour les ressources matérielles et financières.

Merci à Catherine Laurier, pour tes judicieux conseils dans l'élaboration de ce projet et pour m'avoir fait profiter de tes talents en recherche. Merci à Gessica Di Stefano pour la participation à l'entrée de données et à la traduction.

Merci à Miguel Chagnon et à Pierre McDuff pour vos capacités de vulgarisation qui ont grandement amélioré ma compréhension des statistiques.

Merci à l'équipe française de l'Institut thérapeutique et rééducatif de Savoie, plus particulièrement à Docteur Philip Gilles, pédopsychiatre et à Bénédicte Andrian, éducatrice. Merci pour l'accueil, l'ouverture d'esprit et le partage de connaissances, qui ont enrichi ma compréhension de la prise en charge des enfants placés.

Merci à mes superviseuses de stage clinique, qui chacune à votre façon, ont fait de moi une clinicienne passionnée. Merci à Dominique Meilleure, Frédérique Saint-Pierre, Joanne Giasson, Thérèse Nadeau, Louise Desjardins et Lily Gingras. Vous aurez contribué de manière significative à mon développement tant personnel que professionnel.

Sur une note plus personnelle, je tiens à remercier mes proches. À mes parents, pour votre soutien, votre confiance et pour m'avoir transmis la curiosité intellectuelle et le désir de réalisation de soi. À Benoit, pour l'immense bonheur que ta présence m'apporte, pour ton amour, ton soutien indéniabte et ta patience inestimable. À mon frère Matthieu, à Mélanie, à Victor et à Olivia, pour votre présence, votre fierté et vos encouragements. À mes grands-parents, qui ont manifesté avec enthousiasme leur

intérêt à chaque étape de ce projet et qui figurent parmi mes modèles de persévérance et d'altruisme.

À mes fidèles amies, Annie, Élisabeth et Catherine H., pour votre présence qui aura été des plus significatives depuis le tout début de mon parcours scolaire. À Annie, pour ton ouverture d'esprit et ton dynamisme. À Elisabeth, pour la constance et l'authenticité. À Catherine, pour ton humour, ton soutien et pour ta relecture minutieuse. À Mélissa et Claire-France, pour l'écoute, les conseils, les encouragements et le divertissement. À Rachel, pour la relecture et pour ton amitié. À Catherine C-V., pour m'avoir accompagnée dans la collecte des données, pour tes innombrables encouragements à poursuivre ce projet et pour ta foi en sa qualité. À Geneviève, Ioanna et Karine, ainsi qu'à mes collègues de travail et cheffe de service pour le soutien offert dans les derniers moments de ce projet.

À la famille Ranallo-Quesnel, pour votre contribution riche et singulière à la première partie de ce projet et pour toute l'influence positive que vous aurez eue sur ma personne.

Enfin, je souhaite remercier les enfants rencontrés dans le cadre de cette étude, ainsi que leurs parents qui ont offert leur consentement.

« With the care that it receives from its mother, each infant is able to have a personal existence, and so begins to build up what might be called a continuity of being. On the basis of this continuity of being the inherited potential gradually develops into an individual infant. If maternal care is not good enough then the infant does not really come into existence, since there is no continuity of being; instead the personality becomes built on the basis of reactions to environmental impingement. »

D. Winnicott (1956)

Cette thèse est dédiée
à la mémoire de Noémi Trépanier (1981-2010)
pour le courage et la sérénité devant l'adversité et la finalité.

Introduction

Chaque année, de nombreux cas d'enfants victimes de maltraitance sont rapportés aux autorités responsables de leur protection. En 2010, aux États-Unis, approximativement un million d'enfants ont reçu des services de protection de la jeunesse (Kim, Pears, & Fisher, 2012). Au Québec, au cours de l'année 2008-2009, 25 437 signalements d'enfants ont été retenus à la Direction de la Protection de la jeunesse (DPJ), le plus souvent pour des motifs de négligence parentale (ACJQ, 2009). De toute évidence, les caractéristiques des familles d'où proviennent ces enfants ont leur importance.

Caractéristiques des familles référées aux services de protection de la jeunesse

Les familles référées aux services de protection de l'enfance présentent des difficultés multiples, parmi lesquelles figurent la pauvreté, la violence conjugale, les psychopathologies, la toxicomanie et la criminalité (Belsky, 1993; Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Child Welfare Agency, 2009; DeBellis, 2001; Hussey & Guo, 2005; Young, Boles, & Otero, 2007).

Au Québec, deux études ont analysé les caractéristiques des familles pour lesquelles un signalement a été retenu à la DPJ, soit l'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la DPJ du Québec (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé, Hélie et al., 2002) et l'Étude sur le portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à l'application des mesures des Centres jeunesse du Québec (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, Joly, Cyr et al., 2004). Ces recherches indiquent que la majorité des enfants dont le signalement a été retenu ont été exposés à de multiples facteurs de risque pré et postnataux. Par exemple, au moment de leur grossesse, plusieurs mères

ont eu des habitudes de vie nocives, telles que la consommation de drogue, d'alcool, de nicotine et de médicaments. Nombre d'entre elles ont également vécu des épreuves, tant au moment de la grossesse qu'après la naissance de l'enfant, telles que la violence conjugale, l'incertitude quant à leur logement, leur situation financière et leur sécurité physique. Par ailleurs, un tiers des mères ont dit souffrir ou avoir souffert de problèmes de santé mentale.

Concernant la constellation familiale, dans la majorité des cas (62,9%), les parents sont séparés et c'est la mère qui détient le plus souvent la garde complète (56,5%). Au plan socio-économique, la moitié des parents sont prestataires de l'aide sociale et ce, depuis huit ans en moyenne. En 2002-2003, près de la moitié vivait sous le seuil de la pauvreté, avec un revenu annuel inférieur à 12 000\$ par année (Pauzé et al., 2004).

Près d'un parent sur quatre a déjà souffert de problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie au cours de sa vie. Le quart des familles a déjà connu des démêlés avec la justice. Certains parents cumulent d'autres problématiques, dont le manque de soutien social et des capacités intellectuelles limitées. Plus du tiers des parents ont aussi été victimes de mauvais traitements au cours de leur enfance, qu'il s'agisse d'abus (physiques, sexuels, émotionnels) ou de négligence physique (Pauzé et al., 2004). Également, dès leur jeune âge, ces enfants sont confrontés à beaucoup d'instabilité, puisque les déménagements et les changements familiaux (ex. : séparation des conjoints, arrivée d'un nouveau conjoint, naissance d'un enfant) sont très fréquents. Enfin, ces enfants peuvent avoir vécu l'abandon de leurs parents (Pauzé et al., 2004).

De façon plus précise, l'étude de Pauzé et al. (2004) propose une classification des enfants âgés de 6 à 11 ans référés au service de l'application des mesures des Centres jeunesse, selon le niveau de sévérité de leur profil, défini en fonction du nombre de facteurs de risque environnementaux, familiaux et personnels. Des analyses de regroupement ont été réalisées et les résultats permettent de situer les enfants sur un continuum de sévérité des profils. Un premier sous-groupe, plus sévère, est caractérisé par la présence de violence physique ou verbale dans la famille (92,9%), la monoparentalité (78,7%), la maltraitance du répondant durant l'enfance (60,0%), le(s) problème(s) de santé mentale du parent (53,1%) et les problèmes graves de comportement de l'enfant (48,2%). Un second sous-groupe, dit intermédiaire, est défini par un faible revenu familial (80,3%), la monoparentalité (70,4%) et la maltraitance subie par le parent durant son enfance (59,1%). Enfin, un troisième sous-groupe est caractérisé par de graves problèmes de comportement chez l'enfant (51,7%) et de la violence verbale ou physique dans la famille (51,3%).

Les études réalisées aux États-Unis au cours des dix dernières années décrivent des caractéristiques familiales comparables. Par exemple, Sidebotham et Heron (2006), à partir d'une étude longitudinale, rapportent que les parents d'enfants recevant des services de protection de l'enfance présentent souvent des antécédents de problèmes psychiatriques et ont eux-mêmes été maltraités en bas âge. La pauvreté, l'isolement social et la violence conjugale reflètent aussi la situation de ces familles (Child Welfare Agencie, 2009; Sidebotham & Heron, 2006).

Le signalement à la DPJ et les motifs de compromission

Au Québec, le premier signalement est effectué dans la majorité des cas par un intervenant relevant d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : Centre jeunesse, Centre de la Santé et des Services Sociaux ou centres hospitaliers), du milieu scolaire ou encore, par un membre de la famille (ACJQ, 2009). Parmi les signalements menant à un jugement de compromission et à une prise en charge, 50% concernent un enfant déjà connu des services de protection, ce qui indique une certaine chronicité des difficultés familiales, selon Pauzé et al. (2004). Dans le même sens, l'étude de Tourigny, Trocmé, Hélie et Larivée (2006) estime que les mauvais traitements signalés et jugés fondés sont des situations qui perdurent depuis plus de six mois. Il est à noter que lorsque des études comparables sont menées aux États-Unis, dans 60% à 80% des cas, les enfants signalés ont subi plus d'une forme de maltraitance (Shonk & Cicchetti, 2001; Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan, & Vanmeenen, 2000).

Chez les enfants de 6 à 12 ans pour lesquels un signalement est retenu, la négligence parentale constitue le motif de compromission le plus souvent jugé fondé. Sa forme la plus prévalente renvoie à des lacunes majeures dans la supervision ou la protection de l'enfant qui peuvent causer un préjudice physique. La négligence sur le plan de l'éducation ainsi que l'abandon ou le refus d'assurer la garde de l'enfant constituent d'autres formes de négligence répandues. Les autres motifs de compromission concernent les sévices physiques, l'abus sexuel et les troubles de comportement chez l'enfant. Les situations de sévices physiques désignent le plus souvent de la discipline physique abusive, tandis que les abus sexuels réfèrent à des

attouchements dans la majorité des cas. Les parents biologiques sont le plus souvent identifiés comme les personnes qui maltraitent. Le père est fréquemment en cause pour les abus physiques, alors que la mère est souvent impliquée dans les autres problématiques, sauf dans les cas d'abus sexuel où l'agresseur est le plus souvent un membre de la famille élargie ou une personne autre (ACJQ, 2009; Tourigny et al., 2002).

Par ailleurs, 64,8 % des parents interrogés dans l'étude de Pauzé et al. (2004) admettent qu'ils manifestent très fréquemment de la violence verbale ou physique envers leurs enfants (ex. : crier, frapper l'enfant avec la main). De plus, dans 46% des cas retenus pour mauvais traitements psychologiques, l'enfant est exposé à la violence conjugale (Tourigny et al., 2002). Tous ces événements adverses ne sont pas sans répercussion sur le développement de l'enfant.

Conséquences de la maltraitance sur le développement psychologique de l'enfant

De façon quasi unanime, chercheurs et cliniciens s'entendent pour dire que les enfants placés cumulent des facteurs risquant de contribuer au développement de psychopathologie. En effet, de nombreux travaux ont documenté les conséquences de la maltraitance et des abus sur le développement physique et psychologique. Dans leurs recherches, De Bellis (2001), Perry (2010), Schore (2001) et van der Kolk (2005) conceptualisent la maltraitance comme une forme sévère de trauma interpersonnel, qui engendre des répercussions multiples sur le développement de la régulation émotionnelle (Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010). Plus spécifiquement, les travaux d'Allan Schore font état depuis vingt ans de l'impact des traumatismes relationnels sur la régulation des affects, la capacité à mentaliser et à développer un

attachement sécure. Adoptant une perspective neurodéveloppementale sur la maltraitance, Perry (2010) ainsi que De Bellis (2001) concluent à des séquelles similaires de la négligence sur le développement du cerveau de l'enfant.

En plus de la dysrégulation des affects et du comportement, l'exposition aux traumatismes durant l'enfance entrave le développement des capacités attentionnelles et des fonctions exécutives et engendre des distorsions cognitives et des difficultés interpersonnelles (Burke, Hellman, Scott, Weems, & Carrion, 2011; D'andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009). On retrouve donc, dans les échantillons d'enfants pris en charge en vertu d'une loi de la protection de la jeunesse, une plus grande prévalence de troubles mentaux, dont le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble de l'attachement (Éthier & Milot, 2009; Kolko, Hurlburt, Zhang, Barth, Leslie, & Burns, 2010; Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010). Les troubles de comportement, le TDAH, la dépression, l'anxiété, l'intolérance au stress et à la frustration figurent aussi parmi les conséquences associées à la maltraitance chez les enfants, de même que l'abus de substance et la délinquance à l'adolescence (Armsden, Pecora, Payne, & Szatkiewicz, 2000; Burns, Phillips, Wagner, Barth, Kolko, Campbell, & Landsverk, 2004; Toth, Manly, & Cicchetti, 1992). Notons aussi que l'instabilité du placement est associée à l'exacerbation de symptômes intériorisés et extériorisés (D'andrea et al., 2012; Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000; James, Landsverk, Slymen, & Leslie, 2004).

L'éventail des symptômes des enfants maltraités soulève des questions concernant la terminologie et les classifications existantes pour qualifier leur(s) pathologie(s). Par exemple, D'andrea et al. (2012) évoquent des préoccupations quant à

la confusion possible entre le diagnostic de TDAH et celui de TSPT, ce qui rend difficile la question du diagnostic différentiel. Ils émettent entre autres l'hypothèse selon laquelle les symptômes dissociatifs peuvent prendre la forme de l'inattention et de l'impulsivité chez les enfants traumatisés. Le TDAH et le TSPT, malgré leur fréquente comorbidité, pourraient ainsi être mieux distingués à partir de cette hypothèse et à partir de leur étiologie respective. D'Andrea et al. (2012) de même que Franc, Maury et Purper-Ouakil (2008) en viennent donc à conclure à la nécessité de revoir les critères diagnostiques du TSPT chez l'enfant afin de favoriser des évaluations plus justes et un traitement approprié.

Le placement

Parmi les cas investigués en protection de la jeunesse, aux États-Unis, environ 20% des enfants sont retirés de leur milieu familial d'origine afin d'assurer leur bien-être et leur protection, selon l'étude nationale sur le bien-être des enfants, réalisée en 2010 (National Survey of Child and Adolescent Well-being, NSCAW) (Horwitz, Hurlburt, & Zhang, 2010). En 2012, dans les Centres jeunesse du Québec, 48,9% des enfants suivis à l'application des mesures étaient placés (ACJQ, 2012).

Les enfants qui sont retirés de leur milieu familial d'origine peuvent être confiés à un tiers significatif (ex. chez un membre de la famille élargie), placés en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation, dans le cadre de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les familles d'accueil offrent aux enfants en besoin de protection ou de réadaptation un milieu familial substitut, stable et encadrant. Elles

accueillent des jeunes qui fonctionnent dans un contexte scolaire et social régulier (avec soutien, au besoin) (Centre jeunesse de la Montérégie, 2013). Il s'agit du type de placement le plus fréquent (ex. au Québec, 32,12% des enfants référés à l'application des mesures en 2012 étaient placés en famille d'accueil) (ACJQ, 2012).

Dans certains cas plus rares, les enfants doivent être retirés de leur milieu familial d'origine ou d'accueil pour être hébergés dans un foyer de groupe ou un centre de réadaptation. Les foyers de groupe sont des résidences d'hébergement situées dans la communauté, où des éducateurs offrent des services de réadaptation à des groupes composés entre 4 et 9 enfants. Les centres de réadaptation sont des unités de vie qui hébergent des jeunes présentant des troubles internalisés ou externalisés, des difficultés graves d'interaction avec leur milieu familial ou substitut, scolaire ou social, ou encore, dont le milieu familial ou substitut éprouve des difficultés importantes, voire des incapacités à exercer ses rôles parentaux (Centre jeunesse de la Montérégie, 2013). Tout comme dans les foyers de groupe, les services sont dispensés par une équipe d'éducateurs spécialisés et encadrés par une programmation clinique adaptée aux problématiques des enfants. En 2012, au Québec, parmi les 7 334 jeunes âgés de 6 à 12 ans suivis à l'application des mesures, 474 enfants étaient placés dans ce type de ressource, soit 6,46% (ACJQ, 2012). Selon les études portant sur des structures semblables, la majorité des enfants manifestent des problèmes de comportement, ainsi que des problèmes internalisés et des difficultés scolaires (DuRoss, Fallon, Black, & Allan, 2010; MSSS, 2007). Ils présentent des profils cliniques plus sévères que les jeunes placés en famille d'accueil (Armsden et al., 2000; Helfinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000; Hussey & Guo, 2005; Scholte, 1997).

La décision de recourir à un placement s'appuie principalement sur les caractéristiques de l'enfant, selon Batthi-Sinclair et Sutcliffe (2012). À l'aide d'une recherche exhaustive basée sur quatre techniques d'estimation statistique, ces auteurs concluent que ce sont les problèmes émotifs (rapport de cote de 4,35) et comportementaux de l'enfant (rapport de cote de 2,09), ses problèmes médicaux et son jeune âge (moins d'un an) qui prédisent le recours au placement, plutôt que les variables liées aux figures parentales (ex. alcoolisme, psychopathologie). Des résultats contraires sont rapportés par Horwitz, Hulburt, Cohen, Zhang et Landsverk (2011). Ils indiquent de leur côté que ce sont les caractéristiques familiales (pauvreté, stressseurs, violence) qui prédisent le placement dans les cas d'enfants ayant déjà bénéficié de services de protection. Selon ces auteurs, les caractéristiques du jeune n'y seraient donc pas associées. Selon l'étude nationale du bien-être des enfants réalisée en 2003 (NSCAW), l'absence d'un deuxième dispensateur de soins adéquat constitue le facteur le plus souvent associé au placement (U.S Department of Health and Human Services, 2003). Enfin, Pauzé et al. (2004) de même que Cicchetti (2004) critiquent le fait que les associations entre les facteurs de risque familiaux et le placement s'avèrent limitées et ils rappellent l'absence de critères validés pour appuyer la décision.

Le traitement des enfants placés

Parmi les traitements disponibles pour apaiser les symptômes des enfants placés, la psychopharmacothérapie est de plus en plus utilisée. En effet, le cas des enfants hébergés dans les foyers de groupe et centres de réadaptation illustre bien l'usage répandu des médicaments psychotropes, puisqu'il s'agit du groupe de jeunes qui en reçoit le plus souvent (Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004; MSSS, 2007;

Stambaugh, Leslie, Ringeisen, Smith, & Hodgkin, 2012a). Alors que le taux de prescription de médicaments psychotropes dans la population générale se situe entre 4% et 6%, il peut atteindre 76% dans les centres de réadaptation pour enfants (American Psychiatric Association, 2000; Connor, Ozbayrak, Harrison, & Melloni, 1998; MSSS, 2007). Ce recours plus fréquent à la psychopharmacothérapie peut s'expliquer notamment par le tableau clinique des enfants placés, qui se caractérise par un cumul considérable de problèmes émotionnels et comportementaux (Armsden et al., 2000; Helfinger et al., 2000; Hussey & Guo, 2005; Scholte, 1997).

La psychopharmacothérapie

De façon générale, dans les milieux naturels ou institutionnels, une consommation plus importante de médicaments psychotropes chez les jeunes est constatée depuis les quarante dernières années (Angold, Erkanli, Egger, & Costello, 2000; Malone, Sheikh, & Zito, 1999; Olfson, Marcus, Weissman, & Jensen, 2002; Simeon, Wiggins, & Williams, 1995; Zito, Safer, DosReis, Gardner, Magder, & Soeken, 2003). Ainsi, Zito et al. (2003) remarquent une augmentation de 250% des prescriptions entre 1987 et 1996 chez les jeunes issus de la population générale. L'étude de Malone et al. (1999) révèle quant à elle une hausse de 63% des prescriptions de médicaments psychotropes, principalement des antipsychotiques, entre 1990 et 1996, chez des jeunes âgés de 9 à 16 ans. Les études épidémiologiques indiquent que l'usage de médicaments psychotropes semble plus courant chez les jeunes présentant des troubles extériorisés plutôt qu'intériorisés (Raghavan, Zima, Andersen, Leibowitz, Schuster, & Landsverk, 2005; Schur, Sikich, Findling, Malone, Crismon, & Drivan, 2003). Selon Martin, VanHoof, Stubbe, Sherwin et Scahill (2003),

chez les mineurs, le premier motif de psychopharmacothérapie est un diagnostic de comportement perturbateur (i.e., trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité, trouble oppositionnel et trouble des conduites). Dans les cas où il s'agit d'une polymédication (ou polyprescription, i.e. prescription de plus d'un médicament), l'agressivité figure parmi les motifs les plus fréquents. Les antipsychotiques atypiques sont ainsi couramment prescrits en combinaison avec des psychostimulants et des antidépresseurs (Blader, 2006; Connor et al., 1998; Connor, Ozbayrak, Kusiak, Caponi, & Melloni, 1997).

Trois tendances en psychopharmacothérapie pédiatrique

Trois tendances peuvent expliquer comment se sont développées les pratiques de prescription en psychiatrie de l'enfant au fil des années. Premièrement, les décisions des praticiens de recourir aux médicaments psychotropes pour traiter les symptômes chez les jeunes se sont d'abord fondées sur une approche non spécifique (du cas par cas) (Conner & Steingard, 1996). L'introduction de nombreux médicaments en pédopsychiatrie découle ainsi de l'observation clinique de leurs effets, alors qu'ils étaient initialement prescrits pour des indications autres (Bailly, 2007). C'est le cas des amphétamines, qui ont engendré des impacts positifs sur le comportement d'un enfant, alors qu'elles étaient d'abord prescrites pour soulager des maux de tête (Bradley, 1937, cité dans Bailly, 2007). Ainsi, en 1937, Bradley observe que les enfants qu'il traitait avec de la benzédrine suite à une ponction lombaire sont moins agités et moins opposants (Bradley, 1937, cité dans Bailly, 2007).

Deuxièmement, les recherches portant sur les effets de la prise de médication psychotrope chez les adultes ont influencé les pratiques de prescription auprès des

enfants. Par exemple, selon Bailly (2007), l'étude des neuroleptiques chez l'adulte et leurs indications dans le traitement des troubles mentaux ont favorisé leurs essais auprès des jeunes très perturbés. Le fonctionnement psychosocial altéré et les risques de suicide associés aux troubles dépressifs, de même que l'efficacité des antidépresseurs chez les adultes, ont pour leur part conduit à l'élaboration d'essais thérapeutiques chez les enfants et à la prescription d'antidépresseurs dans ce groupe d'âge pour les mêmes indications.

Troisièmement, la mise en évidence de perturbations neurochimiques comme étant associées à certains troubles mentaux chez les enfants (ex. implication des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques dans la physiopathologie du TDAH) a favorisé l'expérimentation de médicaments psychotropes dans ce groupe d'âge, à l'aide notamment d'études contrôlées avec groupe témoin et d'observations cliniques. Ces recherches ont alors permis de préciser davantage le traitement pharmacologique approprié (Bailly, 2007).

Dorénavant, les effets bénéfiques associés à la prise de certains médicaments psychotropes sont mieux documentés (Conner & Steingard, 1996; Schur et al., 2003). Par exemple, Reyes, Buitelaar, Toren, Augustyns, & Eedekens (2006), à partir d'un devis de recherche avec groupe placebo, observent une diminution des comportements agressifs chez les jeunes prenant des antipsychotiques atypiques. Les psychostimulants, particulièrement le méthylphénidate, sont de plus en plus reconnus pour favoriser l'attention, le contrôle des impulsions et de l'agressivité (MTA Cooperative Group, 2004; Newcorn & Ivanov, 2007)

Enjeux entourant la recherche en psychopharmacoprescription pédiatrique

Malgré la contribution de récentes études sur les effets bénéfiques associés à la psychopharmacothérapie pédiatrique, ce traitement soulève des questionnements. La critique majeure à l'égard de ce domaine de recherche concerne l'insuffisance d'études scientifiques basées sur des essais cliniques avec groupe placebo, randomisés et des essais comparatifs ¹ (Cohen & Collin, 1997; Duffy, Narrow, Rae, West, Zarin, Rubio-Stipec et al., 2005; Leo, 2006; Loy, Merry, Hetrick, & Stasiak, 2012). Des lacunes méthodologiques au niveau de la sélection des participants sont aussi relevées, car les essais thérapeutiques portent le plus souvent sur des patients ne présentant pas de comorbidité psychiatrique (Jensen, Vinod, Benedetto, Hoagwood, Feil, & Burke, 1999; Leo, 2006; Olfson et al., 2002; Satcher, 2000; Vitiello, 2001; Zito & Riddle, 1995). Également, Consoli, Deniau, Huynh, Purper, & Cohen (2007) déplorent le fait que les données disponibles dans la littérature ne soient que parcellaires, puisque la majorité des essais négatifs ne sont pas publiés. On mentionne également l'absence d'indépendance des investigateurs par rapport à l'industrie pharmaceutique, ce qui peut faciliter une présentation avantageuse des résultats (Aman, DeSmedt, Derivan, Lyons, & Findling, 2002; Findling, McNamara, Branicky, Schlucheter, Lemon, & Blumer,

¹ Les essais cliniques ou essais thérapeutiques sont des expériences contrôlées qui mettent à l'épreuve de nouvelles techniques et nouveaux traitements médicamenteux avec la collaboration de sujets volontaires. Ils permettent d'évaluer l'efficacité, l'innocuité et la tolérance des nouvelles thérapies médicamenteuses. Les études contrôlées par placebo ou essais contrôlés comportent un groupe de sujets recevant la molécule à l'étude et un autre groupe de sujets prenant une substance inactive (le placebo). Les essais cliniques à long terme permettent de connaître les bénéfices et les effets indésirables associés au traitement médicamenteux au long cours. En pharmacoclinique infantile, les problèmes méthodologiques, les limitations juridiques et les contraintes éthiques constituent des embûches à la réalisation d'essais thérapeutiques chez les enfants (Bailly, 2007).

2000; Snyder, Turgay, Aman, Binder, Fisman, & Carrolle, 2002). Par exemple, les études sur l'efficacité du rispéridone dans le traitement de l'agressivité chez l'enfant ont été réanalysées par des équipes de chercheurs indépendants (Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth ou TRAAY, Schur et al., 2003; Papadopoulos, Macintyre, Crismon, Findling, Malone, Derivan et al., 2003). Considérant les effets secondaires observés, les recommandations cliniques du TRAAY relèguent au second rang l'usage des neuroleptiques dans le traitement de l'agression et privilégient d'emblée les traitements psychosociaux.

Des études contrôlées avec groupe placebo et des essais cliniques à long terme s'avèrent donc nécessaires afin de mieux connaître les effets de la médication et de choisir le traitement le plus adapté (Bailly, 2007; Corell & Carlson, 2006; Duffy et al., 2005; Leo, 2006; Loy et al., 2012; Safer, Zito, & DosReis, 2003; Vitiello & Jensen, 1997). À notre connaissance, il n'existe pas d'études d'efficacité portant spécifiquement sur les enfants placés, malgré leurs particularités psychologiques et neurodéveloppementales et le fait qu'ils comptent parmi les plus médicamenteux.

Pratiques actuelles de prescription

Le recours à la médication psychotrope chez les enfants s'inscrit dans un courant de pensée défendant une conception biologique des troubles mentaux. Selon ce modèle, les psychopathologies présentées par les enfants sont expliquées par des perturbations biologiques ou neurochimiques et le médicament psychotrope apparaît comme un moyen d'y remédier (Moncrieff & Crawford, 2001).

L'approche par symptômes

Les pratiques de prescription sont de plus en plus basées sur la présence de symptômes, alors que traditionnellement, le prescripteur s'appuyait davantage sur un raisonnement syndromique. Ainsi, bien que l'un des critères sur lequel s'appuie la décision de prescrire un médicament psychotrope soit l'identification d'un trouble, l'ordonnance peut aussi être délivrée en l'absence de diagnostic. L'«approche par symptômes» est dorénavant privilégiée à l'«approche par diagnostic» (Connor et al., 1998; Connor, 2002; Green, 2007). Présenter des symptômes et comportements problématiques sans toutefois rencontrer l'ensemble des critères diagnostiques peut donc motiver l'usage de la médication (Angold et al., 2000).

Les polymédications

De la pratique centrée sur les symptômes découle la tendance aux prescriptions concomitantes, soit la délivrance de plusieurs médicaments de catégorie distincte (ex. : psychostimulant et antidépresseur) (Duffy et al., 2005). Celle-ci est de plus en plus courante lorsque, sur le plan des signes et symptômes, il est question de comorbidité. Les polyprescriptions sont fréquentes dans les centres de réadaptation, ce qui peut s'expliquer notamment par la comorbidité caractérisant le tableau clinique des enfants placés (Connor et al., 1998; Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman, & Belin, 1999; Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes et al., 2008).

Caractéristiques psychopathologiques des enfants placés à l'extérieur d'un milieu familial qui reçoivent des médicaments psychotropes

Les enfants placés à l'extérieur d'un milieu familial (i.e. en foyer de groupe ou en centre de réadaptation) présentent plus de problèmes émotionnels et comportementaux ainsi qu'un fonctionnement global plus faible que les jeunes résidant en famille d'accueil (Armsden et al., 2000; Helfinger et al., 2000; Hussey & Guo, 2005; Scholte, 1997). Le plus souvent, ces jeunes manifestent des problèmes de comportement, des difficultés au plan de l'attachement et de l'attention, de l'opposition, de l'agressivité et de l'hyperactivité (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; DosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001; Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood, & Aarons, 2001; Helfinger et al., 2000; Hussey & Guo 2005).

Ce sont principalement les symptômes extériorisés qui sont associés aux prescriptions. Ainsi, plus de la moitié des ordonnances chez les jeunes placés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation sont composées de psychostimulants et d'antipsychotiques atypiques, le plus souvent dans le but de contenir l'agressivité, l'agitation et l'impulsivité (Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner, & Burns, 2004; Connor et al., 1998; Lafortune et al., 2004; Raghavan et al., 2005). Il faut rappeler qu'en Amérique du Nord, de manière générale, les comportements perturbateurs font partie des premières indications pour une psychopharmacothérapie (Martin et al., 2003).

Par ailleurs, si de nombreuses recherches épidémiologiques ont décrit le profil psychopathologique des enfants placés en famille d'accueil et celui des adolescents en unité de réadaptation, les écrits sur le portrait spécifique des enfants placés en

institution sont plus rares. De nouvelles études s'imposent donc, afin de connaître la symptomatologie qui peut être associée à la prescription dans ce sous-groupe.

Complexité du traitement des enfants placés, valeur symbolique du médicament et caractéristiques des intervenants associées au recours à la psychopharmacothérapie

La sévérité et la comorbidité du tableau clinique, les problèmes sociaux concomitants et la nécessité d'impliquer plusieurs acteurs (parents, enseignants, médecins, éducateurs, travailleurs sociaux) complexifient le traitement des enfants placés. Il s'avère laborieux d'engager cette clientèle dans toute forme de traitement, compte tenu de son impulsivité, des passages à l'acte, de ses angoisses d'abandon et du fait qu'elle est souvent réfractaire à recevoir de l'aide. De par leurs pathologies, les enfants placés peuvent susciter un sentiment d'impuissance, tout en exigeant une grande capacité de contenance de la part de leurs intervenants (Berger, 2012; Steinhauer, 1996). Ces particularités peuvent être susceptibles de favoriser le recours aux médicaments, puisqu'ils détiennent une valeur symbolique considérable (Bentley, 2010; Collin, 2002). Ainsi, Youssef, Lecomte, Laget et Halfon (2005) explorent l'utilisation de la médication comme un «objet molécule porteur de sens», qui peut devenir un levier d'intervention. Le médicament peut, par sa valeur symbolique, atténuer le sentiment d'impuissance possiblement éprouvé par les parents, les médecins, les éducateurs et les enfants.

Selon plusieurs médecins traitants, le médicament constituerait d'ailleurs l'objet premier des attentes des patients lors de la consultation (Lafortune, Gagné, & Blais, 2012). Les résultats d'une étude nationale réalisée aux États-Unis à partir d'un échantillon d'intervenants sociaux du «National Association of Social Workers» indiquent qu'au cours d'un mois, 72% de ceux-ci réfèrent souvent ou très souvent leur client à un médecin prescripteur (Bentley, Walsh, & Farmer, 2005). Ces résultats amènent à s'intéresser aux caractéristiques des patients et des intervenants non médecins qui peuvent être associées au recours à la thérapie médicamenteuse.

De façon générale, celles-ci ont été étudiées auprès de patients adultes ou d'intervenants sociaux travaillant avec cette clientèle ou avec les adolescents. Parmi ces recherches, des auteurs ont révélé que les croyances et les connaissances concernant la santé mentale, ainsi que la perception, le savoir et les attitudes à l'égard de la psychopharmacothérapie constituent des facteurs associés à ce traitement (Bentley et al., 2005; Collin, 2002; Moses, 2003; Moses & Kirk, 2008).

D'abord, la perception (ou l'opinion) des intervenants sociaux sur l'usage des médicaments psychotropes chez les adolescents a été étudiée par Johnson, Renaud, Schmidt, & Stank (1998) ainsi que Moses (2003). Selon les premiers, les résultats indiquent que l'opinion des intervenants est généralement polarisée (i.e. perçue comme étant bénéfique ou néfaste). Tandis que selon l'étude de Moses (2003), leur perception est plus nuancée (i.e. le médicament est bénéfique, mais devrait être combiné avec d'autres formes de traitement).

Pour ce qui est des connaissances à l'égard de la psychopharmacothérapie, Moses (2003) conclut qu'elles sont limitées, notamment puisque la majorité des

intervenants interrogés n'ont jamais reçu de formation sur ce traitement. Dans le même sens, selon Bentley & Reeves (1992) ainsi que Mizrahi & Abramson (2000), le programme de formation des éducateurs l'aborde très peu, notamment car il s'agit d'une pratique en émergence.

Deux recherches ont étudié de façon plus détaillée les attitudes des intervenants sociaux (Johnson et al., 1998; Moses & Kirk, 2008). D'abord, celle de Moses et Kirk (2008) révèle que ceux qui évaluent le plus favorablement les impacts de la médication et collaborent plus activement au suivi médical sont ceux qui adoptent des rôles centrés sur le médecin, à l'opposé des rôles centrés sur le client. Ensuite, selon Johnson et al., (1998), les intervenants manifestant une attitude favorable envers la psychopharmacothérapie sont plus souvent d'approche cognitivo-comportementale ou neuropsychologique, travaillent auprès d'une clientèle délinquante et perçoivent la médication comme étant appropriée et nécessaire au traitement des psychopathologies infantiles. Ils se décrivent également comme étant plus ouverts à la collaboration avec les familles et les médecins (Johnson et al., 1998). Moses et Kirk (2008) ajoutent que les intervenants plus favorables au traitement médicamenteux sont plus souvent en contact direct avec les médecins. Ces études ne permettent toutefois pas de se prononcer sur des liens de causalité (par ex. est-ce le fait d'interagir avec le médecin qui favorise une opinion positive envers la médication, ou vice-versa). Néanmoins, selon des études ayant analysé le point de vue des parents, il semble qu'une perception défavorable du traitement médicamenteux puisse engendrer sa désapprobation ou nuire à l'observance (Lazaratou, Anagnostopoulos, Alevizos, Haviara, & Ploumpidis, 2007; Mcleod, Pescosolido, Takeuchi, & White, 2004; Simeon et al., 1995).

À ce jour, les écrits sur la perception, le savoir et l'implication des non médecins dans le traitement pharmacologique se sont attardés aux populations adultes et adolescentes. Chez les enfants, les connaissances sont limitées à propos de la formation et de l'opinion de leurs intervenants sur le recours à la médication psychotrope. Il semble donc important d'étudier ces caractéristiques dans ce groupe d'âge spécifique. Ceci paraît d'autant plus pertinent dans le cas des enfants placés qui, de par leur jeune âge et leur situation sociale, sont dépendants du regard des adultes dans le recours aux services. C'est pourquoi, dans le cadre de cette thèse, le savoir et l'opinion de l'éducateur sur la psychopharmacothérapie seront examinés.

Objectifs de la thèse

L'introduction de la thèse a d'abord permis de préciser les conditions familiales adverses auxquelles les enfants pris en charge en vertu d'une loi de la protection de la jeunesse ont été exposés. Elle a ensuite décrit les antécédents traumatiques des enfants placés, desquels découle un tableau clinique complexe où figurent notamment des symptômes extériorisés, qui peuvent par la suite être traités par la psychopharmacothérapie. Certaines caractéristiques des enfants placés et qui reçoivent des médicaments psychotropes ont aussi été précisées. Néanmoins, il est encore difficile d'identifier précisément les caractéristiques des enfants à qui l'on prescrit des médicaments psychotropes, notamment parce qu'il existe des confusions nosologiques à propos de leurs diagnostics. Également, plusieurs traitements pharmacologiques étant en émergence, leurs indications peuvent rapidement évoluer. C'est pourquoi cette thèse propose de brosser le portrait spécifique des enfants placés et médicamenteux, en explorant leurs caractéristiques sociodémographiques, anamnestiques et

psychopathologiques. Il s'agit donc d'un premier pas pour comprendre la réalité de ces jeunes et les soins qui leur sont prodigués. Le savoir et la perception des éducateurs sur la psychopharmacothérapie seront également étudiés, les écrits étant limités à propos des caractéristiques des intervenants liées au recours à ce traitement. Ils peuvent cependant influencer la trajectoire d'utilisation des services de santé mentale (Bonfield, Collin, Guishard-Pine, & Langdon, 2012; Landsverk & Garland, 1999; Philipps, 1997; Zima, Bussing, Yang, & Belin, 2000), dont la psychopharmacothérapie, d'où l'importance accordée à ces variables dans le cadre de cette recherche.

Le premier article (présenté au chapitre 1) recense les écrits disponibles sur le portrait des enfants placés et les facteurs associés à la prise de médicament psychotrope. Des questions qui ont découlé de cette recension, trois articles empiriques ont été élaborés autour de cinq objectifs principaux.

Le premier objectif de la recherche (présenté au chapitre 2) consiste à cerner la prévalence de la psychopharmacothérapie au Québec chez les jeunes placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation des Centres jeunesse. Il s'agit également de préciser les classes de molécules prescrites, de décrire les motifs de prescription, la formation et la fonction du médecin prescripteur ainsi que les caractéristiques de la prise en charge médicale (fréquence et type de prise en charge).

Le second objectif de la recherche est abordé au chapitre 3. Cet article vise à décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes (âge, sexe), l'âge de l'enfant au moment de recevoir la première ordonnance et la personne ayant fait cette demande, de même que les caractéristiques du placement actuel (type de ressource d'hébergement, motifs). Il

cherche également à connaître leurs caractéristiques anamnestiques, soit la stabilité de leur placement et les stressseurs psychosociaux auxquels ils ont été exposés. De cette façon, il sera possible de préciser si des variables liées à la trajectoire de vie des enfants sont associées à la prescription de médicaments psychotropes.

Les trois autres objectifs de la recherche font l'objet d'un quatrième article (chapitre 4). Sa visée principale est de connaître le portrait psychopathologique des enfants médicamenteux ainsi que le savoir et la perception des éducateurs sur le traitement psychopharmacologique.

De manière plus spécifique, le troisième objectif consiste à documenter leurs psychopathologies en précisant les diagnostics (a) inscrits au dossier, (b) perçus par les éducateurs et (c) autorapportés par les enfants, les symptômes (a) observés par les éducateurs et (b) autorapportés, ainsi que leur fonctionnement global, tel que perçu par les éducateurs.

Le quatrième objectif s'intéresse au savoir des éducateurs sur le recours à la psychopharmacothérapie (c'est-à-dire à leur formation et leur niveau de connaissance), ainsi qu'à leur opinion sur cette modalité thérapeutique.

Le cinquième objectif consiste à déterminer les prédicteurs de la poursuite du traitement pharmacologique, à partir d'une régression logistique sur les variables suivantes : portrait psychopathologique, fonctionnement global et opinion de l'éducateur sur le recours à la psychopharmacothérapie.

Ces trois études sont réalisées à l'aide d'un devis corrélationnel et transversal. Un groupe d'enfants médicamenteux a été comparé à un groupe d'enfants non médicamenteux. Les premier et deuxième articles empiriques (chapitre 2 et 3) s'appuient

sur des données obtenues à l'aide d'un questionnaire rempli par les éducateurs et d'une analyse du dossier de l'enfant. La méthodologie du troisième article (chapitre 4) est similaire (instruments pour les éducateurs et analyse du dossier). À cela s'ajoutent un questionnaire et une entrevue semi-structurée réalisée avec les enfants. En plus d'être évaluée pour répondre à l'objectif 4, la perception des éducateurs sur la psychopharmacothérapie a été choisie comme covariable dans les analyses du portrait psychopathologique, étant donné son influence possible sur leur façon de percevoir et de rapporter les symptômes. Cette variable a également été analysée dans une régression logistique de manière à savoir s'il s'agit d'un prédicteur de la poursuite du traitement psychopharmacologique.

Contribution des auteurs

Le premier article, intitulé «La psychopharmacothérapie dans les centres de rééducation : portrait des enfants placés qui reçoivent des services médicaux» a été publié dans la revue *La psychiatrie de l'enfant* (Desjardins, Lafortune, & Cyr, 2010). La recension, l'analyse des écrits et la rédaction ont été effectuées par la première auteure, sous la supervision de Denis Lafortune et Francine Cyr. L'éditrice de la revue a autorisé la publication du manuscrit dans cette thèse.

Le deuxième article, «Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques chez les enfants hébergés en foyer de groupe et en centre de réadaptation», a été traduit en anglais et sera soumis à la revue *Child Welfare*. Il a également fait l'objet d'une communication orale au «19th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions» (Desjardins, Lafortune, & Cyr, 2010).

Le troisième article, «Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés en vertu de la loi de la Protection de jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes», a été traduit et sera soumis à la revue *Journal of Child and Family Studies*. Il a fait l'objet d'une communication affichée au congrès de la «Society for Research in Child Development (SRCD) Biennial Meeting» (Desjardins, Lafortune, & Cyr, 2009).

Le quatrième article, «Le recours à la psychopharmacothérapie en Centre jeunesse : Portrait psychopathologique des enfants placés et perception du traitement par les éducateurs», a été traduit en anglais et sera soumis à la revue *Residential Treatment for Children and Youth*. Une communication orale des résultats a été

présentée au «19th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions» (Desjardins, Lafortune, & Cyr, 2010).

L'élaboration et la coordination du projet de recherche à l'origine des articles empiriques (revue de la documentation, méthodologie, recrutement) ont été effectuées par l'auteure principale, sous la supervision de Denis Lafortune et Francine Cyr. La collecte de données a été réalisée par la première auteure, en collaboration avec Catherine Cyr-Villeneuve, psychologue. Les statistiques ont été effectuées par l'auteure principale, sous la supervision de Miguel Chagnon, statisticien. Les trois articles empiriques ont été rédigés par l'auteure principale et corrigés par Denis Lafortune et Francine Cyr.

Chapitre 1, Premier article : La psychopharmacothérapie dans les centres de rééducation: Portrait des enfants placés qui reçoivent des services médicaux

Julie Desjardins¹, Denis Lafortune² et Francine Cyr³

Publié dans la revue *La psychiatrie de l'enfant*, 53 (1), 2010.

¹ M.Ps Psychologie. Candidate au Ph.D. en psychologie

Adresse de correspondance : Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7

² Ph.D. Psychologie, Professeur à l'École de Criminologie, Université de Montréal

³ Ph.D. Psychologie, Professeure au Département de psychologie, Université de Montréal

Résumé

Le recours aux médicaments psychotropes auprès des enfants et des adolescents constitue un phénomène relativement récent et peu étudié. En Amérique du Nord, une proportion considérable des jeunes faisant usage de médicaments est placée dans des centres de rééducation (ou au Québec, «foyers de groupe/centres de réadaptation des Centres jeunesse»). Cette recension des écrits vise à mieux comprendre le contexte entourant la prescription de médicaments psychotropes pour cette population spécifique. Le texte est structuré de la façon suivante : un portrait psychopathologique des enfants faisant l'objet d'un placement en vertu d'une loi de protection pour mineurs est d'abord tracé. Ensuite, l'utilisation des services en santé mentale par ces jeunes est examinée. L'essor des conceptualisations biologiques de la santé mentale est également abordé. En somme, en tenant compte du contexte clinique, social et médical propre aux centres de rééducation, les enjeux entourant la santé mentale des enfants placés et les services qui leur sont offerts sont analysés, de manière à mieux comprendre le recours fréquent aux médicaments psychotropes.

Mots-clés : Médicaments psychotropes, Centre jeunesse, psychopathologie infantile

La psychopharmacothérapie dans les centres de rééducation: portrait des enfants placés et recevant des services médicaux

Au cours des quarante dernières années, la santé mentale des enfants et adolescents hébergés dans les ressources de la protection de l'enfance a été au cœur des préoccupations des chercheurs et cliniciens. Ces jeunes sont considérablement à risque de développer des «*problèmes émotionnels et comportementaux*»⁴, puisqu'ils sont nombreux à avoir subi des traumatismes (abus sexuel, sévices physiques, négligence) et des ruptures familiales en bas âge (Attala, Bauza, Pratt, & Vieira, 1995; Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Burns, Philipps, Wagner, Barth, Kolko, Campbell, & Landversk, 2004; Cicchetti & Lynch, 1993; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Conger, Conger, & Elder, 1997; Hussey & Guo, 2005; Sternberg, Lamb, & Greebaum, 1993; Wolkind, 1991). Afin de traiter les psychopathologies observées chez les enfants, la prescription de médicaments psychotropes est de plus en plus utilisée. Le fait d'être pris en charge par l'État en vertu d'une loi pour mineurs est fortement corrélé à l'usage de psychopharmacothérapie (Martin, VanHoof, Stubbe, Sherwin, & Scahill, 2003). Or, très peu d'études ont documenté les motifs de prescription, le profil des jeunes faisant usage de médicaments psychotropes en Centre jeunesse⁵ et l'importance qui est accordée à cette pratique dans le traitement des problèmes psychopathologiques. Face à un tel manque de connaissances, il a semblé

⁴ Il est à noter que la terminologie employée pour décrire les psychopathologies varie grandement d'une étude à l'autre, ce qui sera discutée en conclusion. Dans ce travail de synthèse, nous utilisons les termes qui ont été choisis par les auteurs cités.

⁵ Dans cet article, le «Centre jeunesse» désigne l'ensemble de la population des jeunes suivis en vertu d'une loi de protection de l'enfance. Les termes «familles d'accueil, centres de rééducation ou de réadaptation et foyers de groupe» réfèrent aux types de ressource d'hébergement pour cette population.

important de mieux comprendre le contexte dans lequel sont prescrits des médicaments psychotropes pour cette population spécifique.

Cet article abordera en premier lieu la question de la prévalence de la psychopharmacothérapie dans les Centres jeunesse. Ensuite, le portrait psychopathologique des enfants faisant l'objet d'un placement sera tracé. Les prédicteurs de l'utilisation des services en santé mentale et les lacunes dans l'organisation des services seront examinés. L'essor des conceptualisations biologiques de la santé mentale sera également abordé. Enfin, les enjeux entourant la santé mentale des enfants placés et les services qui leur sont offerts seront discutés.

Les écrits analysés ont été repérés à partir des bases de données MEDLINE et PSYCHINFO. Les mots clés utilisés étaient: «child welfare», AND/OR «*psychotropic medication OR pharmacotherapy*»; AND «*foster care OR foster home OR child welfare*» AND «*child OR mental health disorder OR psychiatric disorder OR behavior problem OR service use*». Les articles publiés depuis 1990 ont été analysés. Les rapports de recherche concernant les Centres jeunesse du Québec et ceux sur les troubles de santé mentale au Québec ont été répertoriés à partir des sites webs de l'Association des Centres jeunesse du Québec (ACJQ) et celui du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS).

Prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes

Au cours des quarante dernières années, les recherches ont contribué au développement de nouveaux médicaments pour les jeunes, de même qu'à l'évaluation de leur efficacité et de leur innocuité (Martin et al., 2003). Durant la même période, les taux de prescription de médicaments psychotropes ont été en progression dans les

cliniques pédiatriques, les écoles et les milieux institutionnels (Gadow, 1997; Simeon, Wiggins, & Williams, 1995). Les pédopsychiatres et les omnipraticiens y ont désormais de plus en plus recours. L'accroissement des prescriptions pour les jeunes éprouvant des difficultés est constaté, quel que soit leur âge, leur sexe ou leur origine ethnique (Olfson, Marcus, Weissman, & Jensen, 2002). Par exemple, une étude américaine, basée sur un échantillon de 900 000 jeunes issus de la population générale, révèle une augmentation de 250% des prescriptions entre 1987 et 1996 (Zito, Safer, DosReis, Gardner, Magder, & Soeken, 2003). L'étude de Malone, Sheikh et Zito (1999) portant sur des jeunes âgés de 9 à 16 ans rapporte une hausse de 63% des prescriptions de médicaments psychotropes, principalement des antipsychotiques de deuxième génération, entre 1990 et 1996.

Actuellement, chez les jeunes de la population générale, les taux de prescriptions pour l'ensemble des médicaments psychotropes varient de 0,5 % à 2,9% selon les pays étudiés (États-Unis, France, Allemagne, Grande-Bretagne ou Hollande). De manière plus spécifique, selon Acquaviva (2007), les psychostimulants sont prescrits à 2,9% des jeunes Américains, tandis qu'entre 0,4% et 1% des jeunes Européens en reçoivent (France, Grande-Bretagne, Allemagne, Hollande). Le taux de prescription d'antidépresseurs s'élève à 1,8% chez les enfants américains âgés de moins de 13 ans, tandis qu'il se situe entre 0,4% et 0,6% dans les pays européens. Celui des antipsychotiques atypiques est estimé entre 0,4% et 0,5% aux États-Unis, comparativement à un taux de 0,2% en France et en Grande-Bretagne pour les enfants de moins de 10 ans (Acquaviva, 2007; Cooper, Hickson, Fuchs, Arbogast, & Ray,

2004; Safer, Zito, & Gardner, 2004). Quelle que soit la classe de médicaments, il s'avère que les taux de prévalence nord-américains dépassent ceux observés en Europe.

Prévalence de la prescription de médicaments psychotropes pour les jeunes pris en charge par l'État

Les enfants les plus médicamentés sont habituellement ceux pris en charge par l'État en vertu d'une loi de protection des mineurs (Martin et al., 2003). En effet, les recherches épidémiologiques portant sur la psychopharmacothérapie en Centre jeunesse rapportent des taux de prescription variant de 13% à 77%. Parmi les équipes qui observent les taux les plus élevés, il faut compter celle de Connor, Ozbayrak, Harrison et Melloni (1998) qui, au Massachusetts, remarque que 76% des jeunes «*sérieusement perturbés*» reçoivent un médicament psychotrope lors de leur admission en centre de réadaptation ($n = 83$, âge moyen = 13,6 ans). De même, Brellan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner et Burns (2004) à partir d'un plus grand échantillon ($n = 304$, âge moyen = 14 ans) provenant de la Caroline du Nord, rapportent que 77% des jeunes hébergés en centre de réadaptation reçoivent au moins un médicament psychotrope. Au Québec, jusqu'à 67% des enfants âgés de 6 à 12 ans hébergés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation prennent des médicaments psychotropes (MSSS, 2007).

D'autres recherches rapportent toutefois des taux qui sont plus faibles. Ainsi, Zima, Bussing, Creclius, Kaufman et Belin (1999) estiment que 16% des enfants âgés de 6 à 12 ans issus des foyers de groupe de la Californie ont reçu au moins une prescription de psychotrope au cours de leur vie ($n = 302$, âge moyen = 8 ans). Ils précisent que 13% de ceux-ci sont sous médication psychotrope au moment de la

collecte de données. Par ailleurs, une étude américaine réalisée à l'échelle nationale avance que 13,5% des jeunes âgés de 2 à 14 ans issus du système de protection de l'enfance («Child Welfare System») ($n = 3114$, âge moyen = 8 ans) reçoivent une pharmacothérapie (Raghavan, Zima, Andersen, Leibowitz, Schuster, & Landsverk, 2005). Les taux varient donc beaucoup d'une étude à l'autre et il n'est pas toujours possible de savoir si cela s'explique en fonction du tableau clinique des enfants, du cadre institutionnel ou des pratiques cliniques. En effet, les études incluent pour la plupart plusieurs groupes d'âge (enfants d'âge préscolaire, scolaire et adolescents) et des structures de placement distinctes (familles d'accueil, foyers de groupe et centres de réadaptation), sans toutefois préciser si les taux diffèrent selon ces caractéristiques.

Les médicaments psychotropes les plus fréquemment prescrits pour ces jeunes sont les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs (Brelan-Noble et al., 2004; Connor et al., 1998; Ferguson, Glesener, & Raschick, 2006; Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004). Par ailleurs, dans la plupart de ces échantillons, parmi les enfants faisant usage de médicaments psychotropes, près de la moitié reçoivent plus d'une ordonnance (polyprescription) (Connor et al., 1998; Lafortune et al., 2004).

Bien que d'importantes variations des taux de prescription soient observées en Centre jeunesse, la prévalence chez les jeunes âgés de 6 à 18 ans pris en charge par l'État semble être au moins 2 à 3 fois plus élevée que celle observée dans les milieux plus naturels, selon Lafortune & Collin (2006), Raghavan et al. (2005) ainsi que Zima et al. (1999). Ceci peut s'expliquer notamment par le profil clinique sévère des enfants placés.

Le contexte clinique : portrait psychopathologique des enfants hébergés

Afin de mieux comprendre les motifs à l'origine de la prescription de médicaments psychotropes, il importe de dresser le portrait psychopathologique des enfants faisant l'objet d'un placement. Les recherches épidémiologiques effectuées au cours des vingt dernières années indiquent que de 20% à 80% de ces enfants présentent de «*sérieux problèmes émotionnels et comportementaux*» (Burns et al., 2004; Clausen et al., 1998; DosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001; Farmer, Burns, Chapman, Phillips, Angold, & Costello, 2001; Minnis, Pelosi, & Dunn, 2001; Landsverk, Garland, & Leslie, 2002; Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth, & Slymen, 2004; Scholte, 1997; Zima, Bussing, Yang, & Belin, 2000). La variabilité des taux peut s'expliquer entre autres par la composition de l'échantillon; les études s'intéressant aux jeunes hébergés en institution révèlent une proportion plus élevée de symptômes, comparativement à celles regroupant uniquement des enfants hébergés en famille d'accueil.

À titre comparatif, il est à signaler que dans la population générale, de 11% à 20% des enfants âgés de 9 à 17 ans présentent un «*trouble mental*» (évalué selon les critères diagnostiques du DSM-IV). Il s'agit le plus souvent d'un TDAH, d'un trouble anxieux ou d'un trouble des conduites (Almgren & Marcenko, 2001; Lesage & Emond, 2012; MSSS, 2005; U.S. Department of Health and Human Service, 1999).

Or, quelles sont les psychopathologies les plus fréquemment observées chez les enfants faisant l'objet d'un placement ? Deux types de profil ont été identifiés dans les écrits ; l'un est symptomatologique, i.e. basé sur les symptômes et l'autre est diagnostique, i.e. basé sur le diagnostic établi à partir des critères du DSM.

Portrait symptomatologique

Nombreuses sont les études ayant tracé un portrait psychopathologique des enfants placés à l'aide du «Child Behavior CheckList» ou CBCL d'Achenbach (1991). Parmi les plus récentes, celle de Clausen et al. (1998) rapporte que près de 30% des enfants de 4 à 16 ans hébergés en famille d'accueil présentent des «*difficultés d'adaptation*», i.e. des problèmes de socialisation, de l'attention, de même que des comportements délinquants ou agressifs. Helfinger, Simpkins, & Combs-Orme (2000) obtiennent des résultats similaires; 34% des jeunes de 2 à 18 ans des foyers de groupe, centres de réadaptation et familles d'accueil manifestent des «*problèmes de comportement*», parmi lesquels figurent les difficultés de socialisation, les problèmes de la pensée, de l'attention, des comportements délinquants et agressifs ou les symptômes anxio-dépressifs. Plus de 75% des enfants présentent des difficultés au niveau des compétences sociales, principalement lorsqu'ils sont à l'école. Helfinger et al. (2000) précisent que 9% des jeunes de 6 à 12 ans obtiennent un résultat au-dessus du seuil clinique pour les «*comportements intériorisés*» et 22% pour les «*comportements extériorisés*». L'étude d'Armsden, Pecora, Payne, & Szatkiewicz (2000), à partir d'un échantillon de jeunes de 4 à 18 ans placés en famille d'accueil, observent que 28% ont un résultat au-dessus du seuil clinique pour les «*problèmes extériorisés*» et 20% pour les «*problèmes intériorisés*». Shennum, Moreno, & Caywood (1998) (cité dans Armsden et al., 2000) constatent pour leur part que parmi les enfants de 6 à 12 ans placés en centre de réadaptation, 54% présentent des «*problèmes intériorisés*» et 74% des «*problèmes extériorisés*». Leslie et al. (2004) rapportent que la moitié des enfants évalués à l'aide du CBCL, dans un échantillon de

jeunes de 0 à 14 ans placés (famille d'accueil ou foyer de groupe), obtiennent un score total au niveau clinique.

Portrait diagnostique

Outre le CBCL, des protocoles d'entrevues structurées basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV, tel que le «Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) » et le «Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (KSADS)» ont aussi été utilisés (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci et al., 1997; Shaffer, Fisher, Dulcan, Davies, Piacentini, Scwab-Stone et al., 1996). Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood, & Aarons (2001) rapportent que 42% des enfants placés présentent un «*trouble psychiatrique*», le plus souvent un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH) ou un trouble de la conduite. DosReis et al. (2001), dans une étude portant sur la santé mentale des jeunes de 0 à 19 ans (suivis en protection de l'enfance, placés ou adoptés), indiquent que l'on retrouve chez les 6 à 14 ans la prévalence la plus élevée de «*problèmes de santé mentale*» (81%), tel qu'évaluée par l'inscription d'un diagnostic au dossier. Le TDAH, la dépression et le trouble de l'adaptation sont les plus fréquents. Dans une étude regroupant des enfants de 5 à 12 ans placés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation, les diagnostics les plus communs sont le trouble des conduites et la dépression (Dimigen, DelPriore, Butler, Evans, Ferguson, & Swan, 1999). Hussey & Guo (2005), dans un échantillon regroupant des jeunes âgés de 5 à 18 ans, observent qu'au début de leur placement, 42% des jeunes présentent un «*trouble psychiatrique*» et 20% ont un «*trouble psychiatrique sévère*». Au Québec, le rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse, indique que 70% des enfants de 6 à 11 ans

hébergés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation ont au moins un diagnostic ou une impression diagnostique inscrit à leur dossier (MSSS, 2007). Parmi ceux-ci, 79,5% présente un TDAH, 34,7% ont un trouble de l'opposition, 25,6% ont un trouble réactionnel de l'attachement et 16% ont un trouble anxieux.

En plus d'être sévère, le portrait psychopathologique des enfants placés est caractérisé par la comorbidité des «*problèmes extériorisés et intériorisés*» (Silver, Duchnowski, Kutash, Friedman, Eisen, Prange et al., 1992). Par exemple, Clark et Prange (1994) rapportent des symptômes qui atteignent le seuil clinique au CBCL, tant pour les «*comportements intériorisés*» que pour les «*comportements extériorisés*» chez les jeunes de 7 à 15 ans (âge moyen = 11,5 ans). De plus, les enfants vivant en foyer de groupe manifestent davantage de «*difficultés émotionnelles et comportementales*», de «*problèmes intériorisés*» et présentent un niveau de fonctionnement global plus faible que les jeunes résidant en famille d'accueil (Armsden et al., 2000; Helfinger et al., 2000; Hussey & Guo, 2005; Scholte, 1997).

Enfin, l'étude du MSSS (2007) indique que c'est dans le groupe des 6 à 11 ans que l'on retrouve la plus grande proportion de jeunes ayant un diagnostic ou une impression diagnostique inscrit à leur dossier, comparativement aux plus jeunes et aux adolescents. Ce sont également eux qui en cumulent le plus. Les enfants pris en charge par l'État dans les ressources institutionnelles présentent donc un tableau clinique lourd et complexe.

Le portrait psychopathologique des enfants placés recevant des médicaments psychotropes

Qu'en est-il du portrait psychopathologique des enfants qui consomment des médicaments psychotropes ? Connor et al. (1998) révèlent qu'en centre de réadaptation accueillant des jeunes à long terme, les troubles psychotiques, bipolaires et toutes les conditions impliquant de la comorbidité constituent de bons prédicteurs de la prescription de médicaments psychotropes, principalement de neuroleptiques, auprès de jeunes de 5 à 19 ans. De leur côté, DosReis et al. (2001) remarquent que le TDAH, la dépression et le trouble de l'adaptation sont les troubles les plus associés à la médication, chez les jeunes 0 à 19 ans suivis en protection de l'enfance dans leur milieu familial, placés ou adoptés. Dans une étude américaine réalisée à l'échelle nationale, Raghavan et al. (2005) observent que les enfants âgés de 2 à 14 ans issus du «child welfare system» (famille d'accueil, foyer de groupe, centre de réadaptation) et présentant des troubles extériorisés sont plus susceptibles de recevoir des médicaments psychotropes. Au Québec, l'étude de Lafortune et al. (2004) indique que les psychopathologies fréquemment associées à la prescription de médicaments psychotropes sont le TDAH et les troubles psychotiques, chez les jeunes de 6 à 17 ans hébergés en centre de réadaptation.

Par ailleurs, Zima et al. (1999) ainsi que Pathak, Arszman, Danielyan, Johns, Smirnov et Kowatch (2004) révèlent que le niveau de fonctionnement global des enfants faisant usage de médicaments est faible, tel qu'évalué au moment du diagnostic. Ceci suggère des perturbations majeures ou persistantes dans le fonctionnement familial, social et scolaire de l'enfant. Les diagnostics à l'origine de la

polyprescription sont similaires à ceux associés à la prescription d'une seule molécule, toutefois, l'agressivité y semble plus associée (Connor et al., 1998; Connor, Ozbayrak, Kusiak, Caponi, & Melloni, 1997).

En somme, le portrait psychopathologique des jeunes placés, qu'ils fassent usage de médicaments ou non, se traduit par une multitude de symptômes et diagnostics, dont les plus fréquents sont les comportements agressifs, l'agitation, le TDAH et le trouble des conduites. La distinction entre les enfants à qui on prescrit un médicament et les autres se trouve surtout au niveau du fonctionnement global tel qu'évalué lors du diagnostic.

Le contexte social : les services spécialisés en santé mentale offerts aux jeunes en besoin de protection

Dans la population générale, il est estimé par le «National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders» que 20,9% des jeunes âgés de 9 à 16 ans utilisent des services en santé mentale au cours d'une période de 12 mois (Leaf, Alegria, Cohen, Goodman, Horwitz, Hoven et al., 1996).

Chez les jeunes pris en charge par l'État, le taux d'utilisation des services oscille plutôt entre 19% et 94% (Burns et al., 2004; DosReis et al., 2001; Garland, Landsverk, Hough, & Ellis-MacLeod, 1996; Hazen, Hough, Landsverk, & Wood, 2004; James, Landsverk, Slymen, & Leslie, 2004; Landsverk, Davis, Ganger, & Newton, 1996; Takayama, Bergman, & Connell, 1994). Cette variabilité dans l'utilisation des services rappelle celle de la prévalence des symptômes observés dans

cette population. Les taux de recours plus faibles aux services de santé mentale peuvent s'expliquer par le fait que le placement et les interventions qui lui sont associées (par ex. : approche éducative) s'avèrent parfois suffisants pour remédier aux difficultés (Garland et al., 1996).

Les services offerts aux jeunes en besoin de protection sont très variés; les *services externes* comprennent les cliniques spécialisées en santé mentale, les cabinets privés (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux), les services de santé mentale dispensés à la maison et dans les centres de jour. Quant aux *services résidentiels*, ils incluent les hospitalisations psychiatriques et les cures de désintoxication. À partir de cette dichotomie, des équipes de recherche concluent que les services les plus couramment utilisés par les enfants placés sont ceux offerts dans les cliniques externes spécialisées, tandis que les hospitalisations psychiatriques sont rarissimes (Burns et al., 2004; Hazen et al., 2004).

Les prédicteurs de l'utilisation des services en santé mentale

Certaines variables semblent plus particulièrement associées au recours à des services spécialisés en santé mentale chez les enfants en besoin de protection. Évidemment, la sévérité des symptômes cliniques est ce qui intervient d'abord. Cela dit, certaines difficultés sont plus souvent à l'origine d'une demande de consultation. Il s'agit principalement de l'ensemble des troubles extériorisés, de la dépression, de l'automutilation et des difficultés vécues avec les pairs (Arcellus, Bellerby, & Panos, 1999; Cohen, Kazen, Brook, & Struening, 1991; Costello & Janiszewski, 1990; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn, & Knapp, 2006). Plus précisément, chez les jeunes âgés entre 10 et 18 ans placés en centre de réadaptation ou en foyer de groupe, les motifs de

référence aux services de santé mentale (i.e. un service d'évaluation et de soutien à la famille et aux intervenants) sont la présence d'un trouble de comportement, d'une dépression ou d'automutilation (Arcellus et al., 1999). Selon Minnis et al. (2006), les consultations psychologiques et pédopsychiatriques sont le plus fréquemment motivées par un trouble des conduites et des difficultés relationnelles.

Le type de mauvais traitement prédit aussi le recours aux services (Garland et al., 1996; Leslie et al., 2005). Les victimes d'abus physique ou sexuel sont en effet plus susceptibles de recevoir des soins pédopsychiatriques que les enfants victimes de négligence. Walrath, Ybarra, Holden, Liao, & Santiago (2003) interprètent ce résultat en rappelant qu'il existe des taux particulièrement élevés de problèmes de santé mentale chez les enfants qui ont été abusés sexuellement. Dans le même sens, Raghavan et al. (2005) ainsi que Connor & McLaughlin (2005) avancent que la prescription de médicaments psychotropes occupe une place prépondérante dans l'intervention auprès des enfants ayant subi de l'abus physique, comparativement aux prises en charge de jeunes victimes de négligence.

L'utilisation des services peut également varier en fonction de facteurs non cliniques. D'abord, le recours aux soins spécialisés en santé mentale (i.e. les cliniques externes, les centres de jour, les consultations professionnelles en psychologie, en pédopsychiatrie, en service social et en médecine) est plus important en foyer de groupe ou centre de rééducation plutôt qu'en milieu familial (Leslie et al., 2004). Pour ce qui est de la pharmacothérapie, bien que l'ensemble des enfants hébergés dans les centres de rééducation présente de sévères problématiques et un fonctionnement social

perturbé, ceux qui sont placés en foyer de groupe en reçoivent le plus souvent (Brelan-Noble et al., 2004; Zima et al., 1999).

Ensuite, les enfants pris en charge dans les services de protection qui sont d'origine caucasienne sont plus susceptibles de recevoir des services spécialisés en santé mentale. Le traitement pharmacologique est aussi plus fréquent chez ces derniers, plutôt que chez les latino ou afro-américains (Burns et al., 2004; Garland et al., 1996; Hazen et al., 2004; James et al., 2004; Leslie et al., 2000). Par rapport à l'âge, selon Leslie et al. (2004), les jeunes de 11 à 14 ans reçoivent davantage de services spécialisés que ceux de 0 à 11 ans et ce, même avec un taux comparable de symptômes. Lorsqu'il est question de pharmacothérapie, bien qu'il existe une grande variabilité des taux, les prescriptions sont plus courantes chez les jeunes âgés de 6 à 14 ans (DosReis et al., 2001; Lafortune et al., 2004; MSSS, 2007; Raghavan et al., 2005; Stambaugh, Leslie, Ringeisn, Smith, Hodgkin., 2012a).

Sous l'angle du genre, DosReis et al. (2001) observent que le taux d'utilisation des services et celui du recours à la pharmacothérapie sont similaires chez les garçons et les filles en besoin de protection. Tandis que selon Ferguson et al., (2006) ainsi que Raghavan, Lama, Kohl, & Hamilton (2010), plus de garçons que de filles reçoivent des médicaments psychotropes.

L'instabilité de la mesure de placement a aussi été étudiée en lien avec les demandes de services en santé mentale. Selon James et al. (2004), un plus grand nombre de déplacements prédit davantage de consultation en santé mentale. Les résultats au niveau de la pharmacothérapie sont un peu contradictoires. Aux États-Unis, Zima et al. (1999) ainsi que Stambaugh et al. (2012b) affirment que les multiples

changements de milieux de vie ne sont pas associés à la prise de médicaments psychotropes. À l'inverse, les résultats obtenus au Québec (Lafortune, Laurier, & Collin, 2005) montrent qu'un nombre élevé de placements est associé à une augmentation des taux de médication. Par ailleurs, l'âge au moment du premier placement s'avère significativement corrélé au recours à la médication, puisque les jeunes ayant été placés à un âge précoce (8,4 ans) sont plus nombreux à recevoir une ordonnance (Lafortune et al., 2004).

Enfin, des auteurs émettent l'hypothèse que la formation théorique, l'expérience clinique, de même que le niveau d'encadrement et de supervision des intervenants peuvent aussi influencer le type de stratégies d'intervention privilégiées (Arcellus et al., 1999; Leslie et al., 2004; Rajendran & Chemtob, 2010). Les caractéristiques liées à la formation et à la supervision des intervenants n'ont toutefois été que très peu étudiées en lien avec la prescription de médicaments psychotropes. À tout le moins, Johnson, Renaud, Schmidt, & Stank (1998) ont observé que les intervenants sociaux travaillant avec les adolescents selon une approche cognitivo-comportementale ou neuropsychologique sont plus favorables à la médication et plus ouverts à la collaboration avec le médecin prescripteur. De plus, Moses (2003) remarque que ceux qui ont reçu une formation à propos de la psychopharmacothérapie et qui estiment détenir de bonnes connaissances sur le sujet manifestent une attitude plus favorable à l'égard de ce traitement.

Il semble donc que le recours aux services en santé mentale, dont la psychopharmacothérapie, ne soit pas uniquement motivé par la symptomatologie et sa sévérité, des facteurs autres tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le type de

mauvais traitements subis et l'instabilité du placement y sont aussi associés (Burns et al., 2004; Connor & McLaughlin, 2005; DosReis et al., 2001; Garland et al., 1996; Hazen et al., 2004; James et al., 2004; Lafortune et al., 2004; Leslie, Landsverk, Ezzet-Lofstrom, Tschann, Slymen, & Garland, 2000; Minnis et al., 2006; Raghavan et al., 2005; 2010). La psychopharmacothérapie s'inscrit donc dans un contexte à la fois clinique et social où de multiples facteurs sont liés à l'utilisation des services.

Difficultés associées au recours à des services de santé mentale chez les enfants placés

Certes, le placement en Centre jeunesse offre l'opportunité aux enfants et à leur famille d'accéder à une série de soins médicaux et psychosociaux (Hazen et al., 2004; Leslie, Hurlburt, James, Landsverk, Slymen, & Zhang, 2005), tel qu'en témoigne par exemple le taux d'utilisation de services de 87% révélé par DosReis et al. (2001). Les recherches qui rapportent une prévalence plus faible soulignent que des améliorations sont souhaitées, notamment au niveau de l'accessibilité et de l'efficacité des traitements offerts (James et al., 2004; Simms, Dubowitz, & Szilagyi, 2000). Aux États-Unis, certaines études indiquent en effet que les enfants placés ne reçoivent pas tous les services appropriés à leurs besoins, tels qu'évalués par l'atteinte d'un seuil clinique ou par la présence d'un diagnostic (Burns et al., 2004; Leslie et al., 2004; James et al., 2004). Par exemple, l'étude de Burns et al. (2004) révèle que seulement 11,7% des jeunes placés présentant un résultat au-dessus du seuil clinique au CBCL (score T de 70) reçoivent des services spécialisés en santé mentale. L'étude nationale sur le bien-être des enfants et des adolescents (NSCAW) conclut que près d'un tiers des enfants retirés de leur milieu familial n'ont reçu aucun service spécialisé au cours

des 18 derniers mois, malgré leurs symptômes cliniques (Stambaugh, Leslie, Ringeisen, Smith, & Hodkin, 2012b). De plus, les enfants ont rarement accès à la psychothérapie (Burns et al., 2004).

Parmi les explications plausibles figurent l'instabilité du placement, la complexité des liens de partenariats et des procédures de référence, le manque de connaissances des familles et des intervenants dans la détection des psychopathologies, les barrières culturelles, les longues listes d'attente, l'insuffisance des fonds et la pénurie de pédopsychiatres (Arcellus et al., 1999; Cross & Bruhn, 2009; James et al., 2004; Leslie et al., 2004; Phillips, 1997; Stambaugh et al., 2012b; Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Également, selon Hartfield, Harrington, & Mohamad (1996), les intervenants sociaux sont rarement en contact direct avec les services de santé mentale et pourraient bénéficier d'un soutien plus étroit avec les spécialistes. Il est également suggéré de bonifier la formation des intervenants au niveau de l'identification des psychopathologies et de l'efficacité des traitements destinés aux enfants maltraités (Burns et al., 2004; Heflinger et al., 2000; Hurlburt, Leslie, Landsverk, Barth, Burns, Gibbons, Slymen, & Zhang, 2004; Paquette & Dalpé, 2002; Staudt, 2003). En ce sens, au cours des dernières années, des groupes de chercheurs et de cliniciens ont davantage précisé les interventions à privilégier chez ces jeunes et des mécanismes de référence et de collaboration se sont développés, afin de faciliter l'accessibilité aux soins spécialisés en santé mentale (Lacour, 2004; Lafortune, Cousineau, & Tremblay, 2011).

Par ailleurs, la lourdeur des dossiers pris en charge («caseload») peut faire en sorte que les intervenants disposent de peu de temps pour évaluer les besoins de l'enfant et le référer aux services appropriés, leur mandat premier étant la protection de

l'enfant (Helfinger et al., 2000; Hurlburt et al., 2004). Pour remédier à cette problématique, il est notamment proposé de procéder systématiquement au dépistage et à l'évaluation psychologique des enfants, de manière à leur assurer un suivi social, éducatif et psychologique fondé sur leurs besoins spécifiques (Arcellus et al., 1999; Vinnerljung et al., 2006).

Le recours à la psychopharmacothérapie s'inscrit donc dans un environnement clinique où l'accès aux services peut parfois être lacunaire.

Le contexte entourant les pratiques médicales : la biopsychiatrie et l'apport des neurosciences

Sur le plan des pratiques médicales, le recours aux médicaments psychotropes chez les enfants est apparu dans un contexte où la biopsychiatrie devient de plus en plus le modèle dominant de compréhension et de traitement des troubles comportementaux et émotionnels. Durant les trente dernières années, en Amérique du Nord, la formation universitaire et la formation continue des pédopsychiatres se sont considérablement modifiées, les modèles sociaux et psychodynamiques tendant à être remplacés par une conceptualisation neurobiologique de la santé mentale (Healy, 1996; Moncrieff & Crawford, 2001). Les publications scientifiques en psychiatrie s'attardent de plus en plus aux aspects génétiques et pharmacologiques plutôt qu'aux psychothérapies et aux dimensions sociales (Moncrieff & Crawford, 2001). De la même manière, l'étiologie des troubles mentaux est principalement étudiée sous des angles neurologiques ou biochimiques, l'agressivité, l'impulsivité et les troubles du comportement n'échappant pas à la tendance (Breggin, 1991; Moncrieff & Crawford,

2001; U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Les balises qui guident les pratiques sont influencées par cette conceptualisation biologique et peuvent favoriser le recours aux médicaments psychotropes.

Analyse et discussion

Plusieurs questions découlent de cet article. La première section, qui a analysé le tableau clinique des jeunes faisant l'objet d'un placement, a montré que dans la majorité des études recensées, la définition des problèmes de santé mentale et troubles mentaux observés chez les enfants s'avère imprécise. De plus, la terminologie employée pour tracer le portrait clinique varie beaucoup d'une étude à l'autre. Les difficultés présentées par les enfants peuvent être décrites comme des «difficultés d'adaptation», des «problèmes de comportements», des «perturbations émotionnelles sévères» ou des «troubles psychiatriques». Pauzé, Déry, & Toupin (1995) ont déjà signalé ce problème, qui pourrait s'expliquer partiellement par la variété des instruments de recherche utilisés. En effet, le terme retenu dans une étude correspond généralement à l'instrument de mesure employé par ses auteurs. Néanmoins, il est possible que cette multiplication des termes reflète aussi une confusion quant à la définition des problèmes présentés par les enfants placés (Chagnon & Laframboise, 2005). Dans les milieux cliniques, les notions de santé mentale et de trouble mental sont souvent confondues par les différents groupes d'intervenants, de même que les critères de sévérité de ces troubles. Ce qui constitue une «difficulté d'adaptation» pour un intervenant peut être considéré comme un «trouble psychiatrique» pour un autre. De façon plus large, soulignons aussi que la définition des psychopathologies infantiles ne fait pas encore consensus. En effet, les critères diagnostiques établis par le DSM-IV

sont peu adaptés à la population infantile, malgré un effort consenti en ce sens (Dumas, 2009; Sroufe, 1997; Wenar & Kerig, 2000). Il n'est donc pas surprenant qu'une telle imprécision soit remarquée dans les résultats de recherches et qu'une grande variation de la prévalence des psychopathologies (de 20% à 80%) soit observée. Cette situation rend évidemment difficile la comparaison des résultats d'un échantillon à l'autre (Pauzé et al., 1995).

Ensuite, certaines dimensions des psychopathologies n'ont pas été évaluées dans les études. Ainsi, peu de renseignements sont disponibles sur le niveau de fonctionnement global de l'enfant et sur la perception subjective qu'il a de son état mental. Le portrait clinique qui est brossé provient très rarement d'évaluations psychologiques ou psychiatriques complètes. De plus, rares sont les études qui incluent dans leur présentation des résultats les sous-échelles du CBCL, en plus des échelles principales, ce qui limite la description des difficultés des enfants (Helfinger et al., 2000). Également, une analyse des stratégies d'adaptation (stratégies de «*coping*») de l'enfant pourrait s'avérer pertinente pour évaluer les psychopathologies. Des informations supplémentaires sur ces aspects, de même que sur l'intensité et la durée des symptômes permettraient de mieux établir le portrait clinique et la sévérité des symptômes (Chagnon & Laframboise, 2005; Moncrieff & Crawford, 2001, U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Les connaissances actuelles relatives aux dimensions psychopathologiques des enfants hébergés en Centre jeunesse demeurent donc limitées (Paquette & Dalpé, 2002; Hazen et al., 2004; Simms et al., 2000). Une conceptualisation plus adaptée des difficultés de ces enfants, fondée sur une compréhension juste de leur dynamique spécifique et de l'étiologie des symptômes

pourrait permettre de mieux circonscrire les motifs de prescription de médicaments psychotropes.

Par ailleurs, les troubles dits extériorisés (i.e. agressivité, délinquance, déficit d'attention, impulsivité, hyperactivité) sont à la fois les psychopathologies les plus fréquemment remarquées dans cette population et les troubles les plus souvent liés à l'utilisation des services et à la prescription de médicaments psychotropes (Arcellus et al., 1999; Lafortune et al., 2004; Minnis et al., 2006; Raghavan et al., 2005). Si bon nombre de jeunes placés manifestent effectivement des troubles de la conduite, de l'agressivité et de l'agitation, il n'en demeure pas moins que de tels comportements peuvent être l'expression la plus visible d'un état intérieur conflictuel. En effet, en psychopathologie infantile, le comportement est le symptôme le plus accessible pour les observateurs, notamment parce que, pour s'exprimer, les enfants ont tendance à agir plutôt qu'à verbaliser (Dupanloup, 2004). L'agitation motrice, le déficit d'attention et l'agressivité peuvent aussi constituer les symptômes de diverses conditions ou psychopathologies : anxiété de séparation, trouble de l'attachement ou état de stress post-traumatique, d'où l'importance de bien établir un diagnostic différentiel (Chagnon & Laframboise, 2005; Crismon, Jensen, Logan, Lopez, Machi, Hughes et al., 2005; Dupanloup, 2004). En d'autres termes, une attention particulière devrait être accordée aux psychopathologies associées aux troubles extériorisés, afin d'offrir le traitement le plus approprié.

Des limites méthodologiques ont aussi été identifiées dans les écrits scientifiques. D'abord, très peu d'études distinguent les jeunes issus des centres de réadaptation et des foyers de groupe. Au contraire, la majorité des études inclut dans le

même échantillon des jeunes en provenance des familles d'accueil, des foyers de groupe et des institutions. Or, les symptômes observés peuvent varier grandement selon le milieu de placement. Arcellus et al. (1999) rappellent également que les jeunes sont placés à différents stades de leur vie et que leur profil psychopathologique peut être différent selon leur âge et la durée du placement. Le nombre de placements peut aussi influencer le portrait psychopathologique, puisque les enfants qui en ont connu un nombre élevé vivent plus d'instabilité et manifestent des comportements plus perturbés et plus extériorisés (James et al., 2004; Hussey & Guo, 2005). On peut donc supposer qu'un échantillon composé d'enfants ayant connu plusieurs placements risque d'être caractérisé par davantage de problèmes extériorisés qu'un autre regroupant des enfants qui vivent leur tout premier placement. Or, de telles distinctions se retrouvent rarement dans les études.

Bref, dans les écrits recensés, le recours aux médicaments psychotropes est étudié dans un contexte où les connaissances du tableau clinique sont restreintes. Compte tenu de ces limites, il peut être complexe de développer et de mettre en œuvre des programmations cliniques pour les jeunes placés. Dans un contexte où les repères psychopathologiques demeurent ambigus, il pourrait s'avérer pertinent d'étudier plus en profondeur les programmes d'interventions destinés aux enfants placés et présentant des problèmes de santé mentale, afin de mieux préciser la place qu'occupent les interventions spécialisées et la psychopharmacothérapie.

La seconde partie de cet article a indiqué que la psychopharmacothérapie peut être associée à la fois à des facteurs non cliniques, tels que l'âge, le sexe, le milieu de placement et le type de mauvais traitement. L'instabilité du placement est également

liée à la prescription (Lafortune et al., 2004), ce qui peut être expliqué par l'exacerbation des symptômes qu'elle engendre (D'andrea et al., 2012; Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000).

Certaines lacunes ont aussi été nommées en lien avec l'organisation des services. On relate entre autres un manque de soutien des spécialistes et de ressources appropriées pour les jeunes avec de lourdes problématiques, des difficultés chez les familles et les intervenants à identifier les indices de psychopathologies, de même qu'un long délai d'attente et l'instabilité du placement (Fleury & Grenier, 2012; Minnis et al., 2006, Paquette & Dalpé, 2002; Staudt, 2003).

L'importance d'élaborer des programmes d'intervention destinés aux enfants placés qui présentent un profil «multiproblématique», caractérisé par la comorbidité de problèmes sociaux, psychiatriques et de troubles du comportement est donc soulevée, de même que la nécessaire collaboration avec les services spécialisés en santé mentale (Chagnon & Laframboise, 2005; Paquette & Dalpé, 2002). À ce sujet, au cours des dernières années, les Centres jeunesse du Québec ont développé pour les éducateurs une formation sur la théorie de l'attachement (ACJQ, 2012). De plus, un cadre de référence en soutien à l'organisation des services aux jeunes hébergés dans les Centres jeunesse et atteints de troubles mentaux a été adopté en 2009. Il souligne entre autres l'importance du partenariat entre les milieux de réadaptation et pédopsychiatrique (ACJQ, 2009). Également, des équipes multidisciplinaires ont été formées afin de soutenir les intervenants qui travaillent auprès des jeunes à risque suicidaire ou dont l'état de santé mentale est préoccupant (équipe de santé mentale, 2^e niveau) (Fleury & Grenier, 2012; Nadeau, Bergeron-Leclerc, Pouliot, Chantal, & Dufour, 2012).

Afin de mieux comprendre les taux élevés de psychopharmacothérapie chez les enfants placés, il serait pertinent d'étudier l'impact des limites et des améliorations associés aux services sur le recours à cette modalité thérapeutique.

La troisième partie de cet article a souligné que le traitement pharmacologique s'inscrit généralement dans une conception biologique des troubles mentaux, où les psychopathologies sont considérées de façon biologique et le médicament psychotrope apparaît comme un moyen d'y remédier. Celui-ci peut même dans certains cas être l'unique traitement offert si le jeune y répond bien (Leslie & Wolraich, 2007). C'est le cas par exemple des psychostimulants prescrits pour le TDAH auxquels sont associées des améliorations considérables au plan scolaire et social (Feldman & Bélanger, 2009).

L'utilisation de la psychopharmacothérapie pour les jeunes demeure cependant critiquée, principalement parce que les indications de la plupart des médicaments utilisés chez les enfants sont basées sur des observations cliniques et non sur des études contrôlées en laboratoire. Peu de médicaments psychotropes ont fait l'objet d'essais cliniques quant à la sécurité et à l'efficacité à court et long terme chez les enfants, outre l'utilisation du méthylphénidate dans les cas de déficit de l'attention (AACAP, 2001; Brown, 2005; Jensen, Vinod, Benedetto, Hoagwood, Feil, & Burke, 1999; Leo, 2006, Verdoux, Tournier, Cougnard, Martin, & Bégau, 2006; Vitiello, 2001). De plus, la majorité des molécules sont prescrites hors indications (par exemple, la prescription d'antipsychotiques dans le traitement des comportements agressifs) (Bailly, 2007; Goodwin, Gould, Blanco, & Olfson, 2001; Leo, 2006; Vitiello & Jensen, 1997). Néanmoins, ces constats n'impliquent pas nécessairement que les thérapies médicamenteuses soient risquées ou inefficaces. Ils indiquent plutôt que le nombre

d'études contrôlées réalisées auprès de patients de ces groupes d'âge est insuffisant (Bezchlibnyk-Butler & Virani, 2004). Il s'avère donc difficile d'affirmer que les balises scientifiques de ce traitement soient bien établies (Cohen & Collin, 1997; Duffy, Narrow, Rae, West, Zarin, Rubio-Stipec et al., 2005; Jensen et al., 1999; Leo 2006; Olfson et al., 2002; Satcher, 2000; Simeon et al., 1995; Vitiello & Jensen, 1997).

Les traitements psychosociaux demeurent donc tout aussi pertinents, d'autant plus chez les enfants placés, qui ont vécu des difficultés sociales et familiales importantes (Harpaz-Rotem & Rosenheck, 2005; Papadopoulos et al., 2003; Schur, Sikich, Findling, Malone, Crismon, & Drivan, 2003). Des interventions psychosociales, psychoéducatives et psychothérapeutiques, dont l'efficacité a été démontrée, sont d'ailleurs conçues spécifiquement pour cette population (Moss, Tarabulsky, St-Laurent, Bernier, & Cyr, 2007; Racusin, Maerlender, Sengupta, Isquith, & Straus, 2005; Reddy & Pfeiffer, 1997). Les interventions fondées sur la théorie de l'attachement, sur la régulation des affects et la mentalisation constituent des exemples (Moss et al., 2007; Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2005). L'apport de la pharmacothérapie reste considérable et il est essentiel de connaître et d'intégrer à la pratique clinique les résultats des études récentes en psychopharmacothérapie (Askenazy, 2006). La psychothérapie et la réadaptation psychosociale devraient par ailleurs s'inscrire au même titre que la pharmacothérapie dans le traitement des troubles mentaux (OMS, 2004 cité dans Chagnon & Laframboise, 2005). Puisque les enfants hébergés en Centre jeunesse présentent à la fois des problèmes mentaux, des problèmes d'adaptation et des besoins de protection, le traitement devrait donc se baser sur l'expertise de ressources diversifiées dans une

perspective interdisciplinaire et sur des liens de partenariats solides entre les différents services (MSSS, 2005; Schneiderman, Connors, Fribourg, Gries, & Gonzalez, 1998).

Conclusion

Cet article souligne la nécessité d'éclaircir et d'uniformiser la terminologie employée pour décrire les psychopathologies des jeunes placés en Centre jeunesse. La variabilité des taux de psychopathologies observées de même que celle de l'utilisation des services seraient sans doute moindres si un consensus existait sur la définition. Tant qu'un consensus et un accord interjuge sur la terminologie ne seront pas disponibles, les questions d'ampleur des psychopathologies chez les enfants, de risques de sous ou de sur-diagnostic, de sous-utilisation ou de surutilisation des services, de sur-prescription ou de sous-prescription restent très difficiles à traiter. La précision de la terminologie permettrait de délimiter plus formellement les zones d'action de chaque acteur appelé à intervenir auprès des jeunes placés (éducateur, médecin, psychologue, travailleur social). Les champs d'intervention de chacun dans le domaine de la santé mentale, de la réadaptation et de la protection gagneraient à être clarifiés, afin que le travail multidisciplinaire se fasse plus aisément (Chagnon & Laframboise, 2005).

Afin de parvenir à une terminologie claire et consensuelle, il serait important de développer des définitions des psychopathologies propres aux enfants hébergés en Centre jeunesse. Cette classification devrait tenir compte de leurs particularités et des attentes réalistes qu'on peut entretenir à leur égard. En ce sens, les travaux classiques de Michel Lemay (1995) («Psychopathologie juvénile») apparaissent d'une grande utilité, de même que les plus récentes recherches portant sur les effets des traumatismes chez les enfants maltraités (par ex. : Milot, St-Laurent, Ethier, & Provost, 2011). Les

travaux portant sur l'épigénétique⁶ seraient aussi à considérer dans le développement d'une meilleure conceptualisation des difficultés propres aux enfants placés (Fox, Zeanah, & Nelson, 2011; Kim-Cohen, Caspi, Taylor, Newcombe, Craig, & Moffitt, 2006). Ces pistes de réflexion restent à approfondir, notamment concernant le développement, l'implantation et les possibilités d'utilisation d'une telle classification dans les milieux cliniques.

Bref, la santé mentale des jeunes et le recours aux médicaments psychotropes en Centre jeunesse soulèvent de nombreux questionnements. Analyser les contextes entourant la psychopharmacothérapie ne peut s'effectuer simplement et ce chapitre ne fait que répondre à une infime partie des enjeux soulevés par cette pratique. La poursuite d'une telle réflexion et de travaux de recherche s'avère nécessaire, afin d'approfondir nos connaissances sur les enfants placés et d'améliorer les interventions qui leur sont destinées.

⁶ L'épigénétique est le domaine de la génomique qui étudie comment l'environnement et l'histoire individuelle influencent l'expression des gènes (Graff & Mansuy, 2008).

Références

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2001). Summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1352-1355.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, Vermont : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Acquaviva, E. (2007). Pharmacoépidémiologie et pédopsychiatrie. Dans D. Bailly, & M-C. Mouren (dir.), *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p.12-21). Paris, France : Masson.
- Almgren, G., & Marcenko, M.O. (2001). Emergency room use among a foster care sample : the influence of placement history, chronic illness, psychiatric diagnosis, and care factors. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1 (1), 55-64.
- Arcellus, J., Bellerby, T., & Vostanis, P. (1999). A mental health service for young people in the care of the local authority. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4 (2), 233-245.
- Armsden, G., Pecora, P.J., Payne, V.H., & Szatkiewicz, J.P. (2000). Children placed in long-term foster care: an intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8 (1), 49-64.
- Askenazy, F. (2006). Place de la prescription en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54 (3), 165-168.

- Association des Centres jeunesse du Québec (2009; 2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal, Canada :
- Association des Centres jeunesse du Québec.
- Attala, J.M., Bauza, K., Pratt, H., & Vieira, D. (1995). Integrative review of effects on children of witnessing domestic violence issues. *Comprehensive Pediatric Nursery, 18*, 163-172.
- Bailly, D. (2007). Aperçu historique des prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant. Dans D. Bailly, & M-C. Mouren (dir.), *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p.1-11). Paris, France : Masson.
- Bezchlibnyk-Butler, K., & Virani, A. (dir.). (2004). *Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Brelan-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatrics Services, 55* (6), 706-708.
- Breggin, P. (dir.) (1991). *Toxic psychiatry : Why therapy, empathy and love must replace the drugs, electroshock, and biochemical theories of the 'new psychiatry'*. New York: St-Martin's Press.
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G.J. (1997). The effect of poverty on children. *Future Child, 7*, 55-71.
- Brown, R.T. (2005). Recent advances in pharmacotherapies for the externalizing disorders. *School Psychology Quarterly, 20*, 118-134.

- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., & Landversk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 960-970.
- Chagnon, F., & Laframboise, J. (2005). État de la situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. *Collection Développement et Évaluation de programme*. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Cicchetti D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-118.
- Clark, H.B., & Prange, M.E. (1994). Improving adjustment outcomes for foster children with emotional and behavioral disorders: early findings from a controlled study on individualized services. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 2 (4), 207-226.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7 (3), 283-296.
- Cohen, D., & Collin, J. (1997). *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- Cohen, P., Kasen, S., Brook, J.S., & Struening, E.L. (1991). Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 30* (6), 989-993.
- Conger, R.D., Conger, K.J., & Elder, G.H. (1997). Family economic hardship and adolescent adjustment: mediating and moderating process. Dans G.J. Duncan, & J. Brook-Gunn (dir.), *Consequence of Growing Up Poor*. New York, United States: Russell Sage Foundations.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Kusiak, K.A., Caponi, A.B., & Melloni, R.H. (1997). Combined pharmacotherapy in children and adolescents in a residential treatment center. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 36* (2), 248-254.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Harrison, R.J., & Melloni, R.H. (1998). Prevalence and patterns of psychotropics and anticonvulsivant medication in children and adolescents referred to residential treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 8* (1), 27-28.
- Connor, D.F., & McLaughlin, T.J. (2005). A naturalistic study of medication reduction in a residential treatment setting. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15* (2), 302-310.
- Cooper, W.O., Hickson, G.B., Fuchs, C., Arbogast, P.G., & Ray, W.A. (2004). New users of antipsychotic medications among children enrolled in TennCare. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158* (8), 753-759.
- Costello, E.J., & Janiszewski, S. (1990). Who gets treated? Factors associated with referrals in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandanavica, 81*, 523-529.

- Crismon, L., Jensen, P., Logan, L., Lopez, M., Machi, A., Hughes, C.W. et al., (2005). *Psychotropic medication utilization parameters for foster children*. Texas, United States : Texas Department of State Health Services.
- Cross, T.P., & Bruhn, C. (2009). Delivery of mental health services for a state's population of children in foster care: a comparison of Illinois and national data. *Illinois Child Welfare*, 5 (1), 65-85.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91 (7), 1094-1099.
- Dimigen, G., DelPriore, C., Butler, S., Evans, S., Ferguson, L., & Swan, M. (1999). Psychiatric disorder among children at time of entering local authority. *British Medical Journal*, 319 (7211), 675-680.
- Dupanloup, A. (2004). *L'hyperactivité infantile : analyse sociologique d'une controverse socio-médicale*. Thèse de doctorat, Faculté des Sciences Économiques et Sociales, Université de Neuchatel, 397 p.
- Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S., West, J.C., Zarin, D.A., Rubio-Stipec, M., Pincus, H.A., & Regier, D.A. (2005). Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 12-15.
- Dumas, J.E. (dir.) (2009). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal, Canada : De Boeck.

- Farmer, E.M.Z., Burns, B.J., Chapman, M.V., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E.J. (2001). Use of mental health services by youths in contact with social services. *Social Services Review, 75*, 605-624.
- Feldman, M., & Bélanger, S. (2009). Les médicaments à libération prolongée pour les enfants et les adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *Pediatrics and Child Health, 14* (9), 598-602.
- Ferguson, D., Glesener, D., & Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16* (4), 474-481.
- Fox, N., Zeanah, C., & Nelson, C. (2011). Introduction to the special issue on the effects of early experience and stress on brain and behavioral development. *International Journal of Behavioral Development, 36* (1), 1-10.
- Fleury, M-J., & Grenier, G. (2012). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec, Canada : Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec. 243 p.
- Garland, A.F., Hough, R.L., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., & Aarons, G.A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 40* (4), 409-418.
- Garland, A.F., Landsverk, J.L., Hough, R.L., & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of placement as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse and Neglect, 20* (8), 675-688.

- Gadow, K.D. (1997). An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacoeidemiology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7 (4), 219-236.
- Goodwin, R., Gould, M.S., Blanco, C., & Olfson, M. (2001). Prescription of psychotropic medications to youths in office based practice. *Psychiatrics Services*, 52 (8), 1081-1087.
- Graff, J., & Mansuy, I.M. (2008). Epigenetic codes in cognition and behavior. *Behavioral Brain Research*, 192, 70-87.
- Harpaz-Rotem, I., & Rosenheck, R.A. (2005). Prescribing practices of psychiatrists and primary care physicians caring for children with mental illness. *Child: Care, Health and Development*, 32 (2), 225-237.
- Hartfield, B., Harrington, R., & Mohamad, H. (1996). Staff looking after children in local authority residential units: the interface with child mental-health professionals. *Journal of Adolescence*, 19, 127-139.
- Hazen, A.L., Hough, R.L., Landsverk, J.A., & Wood, P.A. (2004). Use of mental health services by youths in public sectors of care. *Mental Health Services Research*, 6 (4), 213-226.
- Helfinger, C.A., Simpkins, C.G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22 (1), 55-73.
- Healy, D. (dir.) (1996). *The psychopharmacologists*. London, Great Britain: Chapman & Hall.

- Hurlburt, M.S., Leslie, L.K., Landsverk, J., Barth, R., Burns, B.J., Gibbons, R.D., Slymen, D.J., & Zhang, J. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archive of General Psychiatry, 61*, 1217-1224.
- Hussey, D.L., & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare, 84* (4), 485-506.
- James, S., Landsverk, J., Slymen, D.J., & Leslie, L.K. (2004). Predictors of outpatient mental health service use: the role of foster care placement change. *Mental Health Services Research, 6* (3), 127-141.
- Jensen, P.S., Vinod, S.B., Benedetto, V., Hoagwood, K., Feil, M., & Burke, L.B. (1999). Psychoactive medication prescribing practices for U.S. children: gaps between research and clinical practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (5), 557-565.
- Jonhson, H.C., Renaud, E.F., Schmidt, D.T., & Stanek, E.J. (1998). Social workers views of parents of children with mental and emotional disabilities. *Families in Society, 79*, 173-187.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980-988.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, W.I., & Moffitt, T.E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction

predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 11, 903-913.

Kinniburgh, K.J., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2005).

Attachment, self-regulation and competency. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 424-430.

Lacour, M. (2004). *De la complicité à la responsabilité. Rapport du comité sur le continuum des services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. Québec, Canada. : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Lafortune, D., & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : Prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie canadienne*, 47, 155-169.

Lafortune, D., Cousineau, M-M., & Tremblay, P. (dir.) (2011). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal, collection Paramètres.

Lafortune D., Laurier, C., Collin, J. (2005). Prevalence and patterns of psychotropic medication in youths residing in rehabilitation centers in Montreal. Resoumis après modifications à *International Journal of Forensic Mental Health Journal*.

Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33 (1), 157-176.

Landsverk, J., Garland, A.F., & Leslie, L.K. (2002). Mental health services for children reported to child protective services. Dans J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny, & T.A. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child*

maltreatment (2e ed., p.487). Thousand Oaks, CA, United States: Sage Publications, Inc.

Landsverk, J., Davis, I., Ganger, W., & Newton, R. (1996). Impact of child psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement. *Children & Youth Services Review, 18* (4), 447-462.

Leaf, P.J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S.H., Horwitz, S.M., Hoven, C.W. et al. (1996). Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 889-897.

Lemay, M. (dir.) (1995). *Psychopathologie juvénile*. Tome I et II. Paris, France: Éditions Fleurus.

Leo, J. (2006). The SSRI trials in children: disturbing implications for academic medicine. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 8* (1), 29-41.

Lesage, A., & Emond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec, Canada : Institut national de santé publique, Agence de la santé publique du Canada.

Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., Landsverk, J., Barth, R. & Slymen, D.J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care : a national perspective. *Child Abuse & Neglect, 28*, 697-712.

Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., James, S., Landsverk, J., Slymen, D.J., & Zhang, J. (2005). Relationship between entry to child welfare and mental health service use. *Psychiatrics Services, 56* (8), 981-987.

- Leslie, L.K., Landsverk, J., Ezzet, Lofstrom, R., Tschann, J.M., Slymen, D.J., & Garland, A.F. (2000). Children in foster care : factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse and Neglect, 24* (4), 465-476.
- Leslie, L.K., & Wolraich, M.L. (2007). ADHD service use patterns in youth. *Journal of pediatric psychology, 32* (6), 695-710.
- Malone, R.P., Sheikh, R., & Zito, J.M. (1999). Novel antipsychotic medications in the treatment of children and adolescents. *Psychiatric Services, 50* (2), 171-174.
- Martin, A., VanHoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut medicaid managed care. *Psychiatric services, 54* (1), 72-77.
- Milot, T., St-Laurent, D., Ethier, L.S., & Provost, M.A. (2011). Trauma related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother child communication. *Child Maltreatment, 15* (4), 293-304.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale, 2005-2010*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. 97 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. 79 p.
- Minnis, H., Pelosi, A.J., & Dunn, J. (2001). Mental health and foster carer training. *Archives of Disease in Childhood, 84*, 302-306.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A.J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: mental health, service use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15* (2), 63-70.

- Moncrieff, J., & Crawford, M.J. (2001). British psychiatry in the 20 century- observations from a psychiatric journal. *Social Science and Medicine*, 53, 349-356.
- Moses, T. (2003). *Social worker's perspective on medicalized treatment for youth*. Dissertation Doctor of Philosophy in Social Welfare. University of California, Los Angeles, United States.
- Moss, E., Tarabulsky, G., St-Laurent, D., Bernier, A., & Cyr, C. (2007). L'intervention auprès des familles maltraitantes fondée sur les principes de l'attachement. Dans C., Chamberland, S. Léveillé, & N.Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher* (p.181-203). Québec, Canada : Les presses de l'Université du Québec.
- Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C. Pouliot, E., Chantal M., & Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans M-H. Gagnon, S. Drapeau, & M-C. Saint-Jacques, *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p.71-85). Québec, Canada : Les presses de l'Université Laval.
- Newton, R.R., Litrownik, A.J., & Landsverk, J.A. (2000). Children and youth in foster care : disentangling the relationship between problem behaviors and number of placement. *Child Abuse and Neglect*, 24 (10), 1363-1374.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Weissman, M.M., & Jensen, P.S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 514-520.

- Papadopoulos, E., Macintyre, J.C., Crismon, M.L., Findling, R.L., Malone, R.P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S.B., Felton, C.J., Kranzler, H., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S.E., & Jensen, P.S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 145-161.
- Paquette, F., & Dalpé, A. (2002). *Évaluation des besoins de la clientèle âgée entre 6 et 11 ans*. Montréal, Canada : Les Centres Jeunesse de Montréal, Collection Développement et Évaluation de programme. 110 p.
- Pathak, S., Arszman, S.P., Danielyan, A., Johns, E.S., Smirnov, A., & Kowatch, R.A. (2004). Psychotropic utilization and psychiatric presentation of hospitalized very young children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14 (3), 433-442.
- Pauzé, R., Déry, M., & Toupin, J. (1995). Analyse critique des études portant sur les caractéristiques familiales et personnelles des jeunes placés en milieu substitut. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 24 (1), 1-15.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M. et al. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke, Canada : Rapport de Recherche du Groupe de Recherche sur les Inadaptations Sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke.
- Phillips, S.D. (1997). Toward an expanded definition decision making. *Career Development Quarterly*, 45 (3), 275-287.

- Racusin, R., Maerlender, A.C., Sengupta, A., Isquith, P.K., & Straus, M.B. (2005). Psychosocial treatment of children in foster care : a review. *Community Mental Health Journal, 41* (2), 109-221.
- Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P., & Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment, 15* (2), 121-131.
- Raghavan, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15* (1), 97-106.
- Rajendran, K., & Chemtob, C.M. (2010). Factors associated with service use among immigrants in the child welfare system. *Evaluation and Program Planning, 33* (3), 317-323.
- Reddy, L., & Pfeiffer, S.I (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry, 36* (5), 581-58.
- Safer, D.J., Zito, J.M., & Gardner, J.F. (2004). Comparative prevalence of psychotropic medications among youths enrolled in the SCHIP and privately insured youths. *Psychiatric Services, 55* (9), 1049-1051.
- Satcher, D.S. (2000). Surgeon General's report on oral health. *Public Health Reports, 115* (5), 489-490.

- Schneiderman, M., Connors, M.M., Fribourg, A., Gries, L., & Gonzalez, M. (1998). Mental health services for children in out-of-home care. *Child Welfare, 77* (1), 29-40.
- Scholte, E. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38* (6), 657-666.
- Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.L., Malone, R.E., Crismon, M.L., & Drivan, A. (2003) Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 42* (2), 132-144.
- Shaffer, D., Fisher, P, Dulcan, M.K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M., & Wicks, J. (1996). *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25)-Child Version-Parent Version*. New York, United States : New-York Division of Child and Adolescent Psychiatry, New York State Psychiatric Institute.
- Silver, S.E., Duchnowski, A.J., Kutash, K., Friedman, R.M., Eisen, M., Prange, M.E., Brandenburg, N.A., & Greenbaum, P.E. (1992). A Comparison of children with serious emotional disturbance served in residential and school settings. *Journal of Child and Family Studies, 1* (1), 43-59.
- Simeon, J.G., Wiggins, D.M., & Williams, E. (1995). World wise use of psychotropic drugs in child and adolescent psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 19*, 455-465.
- Simms, M.D., Dubowitz, H., & Szilagyi, M.A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics, 106* (4), 909-918.

Stambaugh, L.F., Leslie, L.K., Ringeisn, H., Smith, K. & Hodgkin, D. (2012a).

Psychotropic medication use by children in child welfare. OPRE report # 2012-33. Washington DC : Office of planning, research and evaluation, administration for children and families, US Department of Health and Human Services.

Stambaugh, L.F., Leslie, L.K., Ringeisn, H., Smith, K. & Hodgkin, D. (2012b).

NSCAW Child well-being spotlight : Children in out-of-home placements receive more psychotropic medication and other mental health services than children who remain in-home following a maltreatment investigation. OPRE report # 2012-43. Washington DC : Office of planning, research and evaluation, administration for children and families, US Department of Health and Human Services.

Staudt, M.M. (2003). Mental health services utilization by maltreated children:

research findings and recommandations. *Child Maltreatment*, 8 (3), 195-203.

Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Greebaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R.M. et

al. (1993). Effect of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.

Srouf, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Developmental*

Psychopathology, 9 (2), 251-268.

U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health : a report of*

the Surgeon General. Rockville, MD: National Institut of Mental Health. 450 p.

Takamaya, J.I., Bergman, A.B., & Connell, F.A. (1994). Children in foster care in the

state of Washington: health care utilization and expenditures. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1850-1855.

- Verdoux, H., Tournier, M., Cougnard, A., Martin, K., & Bégaud, B. (2006). Pharmaco-épidémiologie des médicaments psychotropes : utilisation et impact en conditions réelles d'utilisation. *Thérapie*, *61* (1), 17-22.
- Vitiello, B. (2001). Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, *108*(4), 983-989.
- Vitiello, B., & Jensen, P.S. (1997). Medication development and testing in children and adolescents: current problems, future directions. *Archives of General Psychiatry*, *54* (9), 871-876.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients : a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47* (7), 723-733.
- Walrath, C., Ybarra, M., Holden, E.W., Liao, Q., Santiago, R., & Leaf, P. (2003). Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse & Neglect*, *27* (5), 509-524.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2000). Developmental psychopathology. From infancy through adolescence. New York, United States: McGraw-Hill.
- Wolkind, S. (1991). Child placement: driven by beliefs rather than research. *British Medical Journal*, *303*, 483-494.
- Zima, B.T., Bussing, R., Yang, X., & Belin, T.R. (2000). Help-seeking steps and service use for children in foster care. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *27* (3), 271-283.

- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A.M. & Belin, T.R. (1999).
Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster
care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9 (3), 135-147.
- Zito, J.M., Safer, D.J., DosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L., & Soeken, K. (2003).
Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Archives of
Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 (1), 17-25.

Chapitre 2, Deuxième article : Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques aux enfants placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation.

Julie Desjardins, Denis Lafortune et Francine Cyr

Résumé

Cette étude présente la prévalence des psychopharmacoprescriptions chez les enfants de 6 à 12 ans placés dans les foyers de groupe et centres de réadaptation des Centres jeunesse du Québec. Elle précise les classes de molécules, les motifs de prescription et la formation du médecin prescripteur. L'échantillon comprend 101 enfants placés. Les données ont été obtenues par le biais de questionnaires remplis par les éducateurs responsables de ces derniers. Les résultats indiquent que 70,3% des jeunes reçoivent au moins une prescription, le plus souvent signées par des médecins spécialistes. Les ordonnances se composent pour la plupart de psychostimulants et d'antipsychotiques, prescrits pour des troubles de l'attention avec hyperactivité.

Abstract

This article presents the prevalence of psychopharmacological prescriptions in children ages 6 to 12 years, who are placed in foster group homes or rehabilitation centers. It also identifies the classes of molecules used, the reasons for prescribing and the training of the prescribing physician. The sample consists of 101 children in care. These data were obtained through questionnaires completed by the educators responsible for these youths. The results indicate that 70.3% of young people receive at least one prescription, most often signed by specialized physicians. These data mostly consist of psycho-stimulant and antipsychotic drugs prescribed for Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD).

Les études épidémiologiques les plus récentes indiquent que les taux de prescription pour l'ensemble des médicaments psychotropes varient de 0,5 % à 2,9%, en fonction du pays à l'étude (États-Unis, France, Allemagne, Grande-Bretagne, Hollande), chez les jeunes âgés de 0 à 18 ans en provenance de la population générale (Acquaviva, 2007). Les psychostimulants et les antipsychotiques atypiques sont les molécules les plus souvent prescrites. Aux États-Unis, 2,9% des jeunes prennent des psychostimulants, tandis que dans les pays européens, entre 0,4% et 1% des jeunes en reçoivent (France, Grande-Bretagne, Allemagne, Hollande). Le taux de prescription des antipsychotiques atypiques s'élève à 0,5% aux États-Unis (entre 2 et 18 ans). Il se situe entre 0,2 % (0 à 9 ans) et 0,5% (10 à 19 ans) en Europe (Acquaviva, 2007). Les psychostimulants sont le plus souvent utilisés dans le traitement de l'inattention et de l'hyperactivité, tandis que les antipsychotiques atypiques visent à traiter les comportements agressifs ou impulsifs (Campbell, Rapoport, & Simpson, 1999; Connor, Ozbayrak, Harrison, & Melloni, 1998; Papadopoulos, Macintyre, Crismon, Findling, Malone, Derivan et al., 2003).

Bien que l'usage de la psychopharmacothérapie soit dorénavant plus fréquent chez les enfants, les connaissances empiriques qui l'appuient demeurent limitées (Olfson, Marcus, Weissman, & Jensen, 2002; Jensen, Vinod, Benedetto, Hoagwood, Feil, & Burke, 1999; Satcher, 2000). En effet, peu de médicaments psychoactifs ont fait l'objet d'essais cliniques permettant d'évaluer leur efficacité et leur innocuité à court et long termes chez les enfants (Leo, 2006; Verdoux, Tournier, Cougnard, Martin, & Bégau, 2006). De plus, la majorité des médicaments sont prescrits sans autorisation de mise en marché par les organismes de surveillance sanitaire (usage

«off-label») (AACAP, 2001; Jensen et al. 1999; Leo, 2006; Saint-Raymond, Brasseur, & Seigneuret, 2005; Vitiello, 2001; Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes et al., 2008).

De façon générale, la prévalence de la prescription de médicaments psychotropes chez les jeunes âgés de 6 à 18 ans pris en charge par l'État est au moins 2 à 3 fois plus élevée que celle observée dans la communauté (Lafortune & Collin, 2006; Raghavan, Zima, Anderson, Leibowitz, Schuster, & Landsverk, 2005; Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman, & Belin, 1999). Les recherches rapportent des taux de prescription variant entre 13% et 77% (tableau 1). Cette disparité peut s'expliquer entre autres par la composition des échantillons (âge des participants, milieux d'hébergement) et les pratiques de prescription qui peuvent différer d'une région à l'autre (Raghavan, Lama, Kohl, & Hamilton, 2010). Parmi les enfants faisant usage de médicaments psychotropes, près de la moitié reçoivent une polyprescription (ou polymédication) (Connor et al., 1998; Lafortune et al., 2004). Les classes de molécules sont le plus souvent des psychostimulants, des antipsychotiques atypiques ou des antidépresseurs (Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner, & Burns, 2004; Connor et al., 1998; Ferguson, Glesener, & Raschick, 2006; Lafortune et al., 2004). Lorsqu'il y a polymédication, les psychostimulants et les antipsychotiques atypiques sont les familles de médicaments les plus fréquemment combinées.

En centre de réadaptation, la prévalence la plus élevée a été rapportée par Connor et al. (1998) et par Brelan-Noble et al. (2004). Connor et al. (1998), au Massachusetts, observent que 76% des jeunes hébergés à long terme dans un centre de réadaptation reçoivent un médicament psychotrope ($n = 83$, âge moyen = 13,6 ans).

Quant à Brelan-Noble et al. (2004) à partir d'un plus large échantillon ($n = 304$, âge moyen = 14 ans) provenant de la Caroline du Nord, ils rapportent que 77% des jeunes hébergés en institution («foster care and group home») reçoivent au moins un médicament psychotrope au cours des quatre derniers mois.

Au Texas, le taux de prescription de médicament psychotrope chez les enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse en 2005 était de 55,3% chez les 6 à 12 ans et de 66,5% chez les 13-17 ans (au cours des 12 derniers mois) ($n = 32\ 135$) (Zito et al., 2008). Ferguson et al. (2006), dans une étude regroupant 473 enfants de 0 à 17 ans du Minnesota (famille d'accueil, foyer de groupe, centre de réadaptation), rapportent une proportion de 45%. Enfin, l'étude de Handwerk, Smith, Thompson, Spellman & Daly (2008) effectuée dans le Midwest des États-Unis ($n = 1\ 100$) indique un taux de 40% chez les enfants et adolescents hébergés en foyer de groupe lors de leur admission et un taux de 26% à la fin de leur placement.

Des taux plus faibles ont été observés par deux équipes américaines. La première (Zima et al., 1999) estime que 13% des enfants âgés de 6 à 12 ans hébergés dans les foyers de groupe de la Californie sont sous médication psychotrope au moment de la collecte de données. La seconde (Raghavan et al., 2005) avance que 13,5% des jeunes âgés de 2 à 14 ans issus de la Protection de l'enfance ($n = 3\ 114$) reçoivent une psychopharmacothérapie au cours des 12 derniers mois. Plus spécifiquement, parmi les 781 enfants hébergés dans une famille d'accueil, un foyer de groupe ou un centre de réadaptation, 18,1% prennent des médicaments psychotropes (Raghavan et al., 2005).

Tableau 1. *Prévalence de la prescription de médicaments psychotropes aux enfants hébergés en Centre jeunesse.*

Auteurs	Année de publication	Lieu	N	Groupe d'âge Moyenne (M)	Prévalence	Milieu d'hébergement
Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner, & Burns	2004	Caroline du Nord Etats-Unis	N = 304	6 à 18 ans M = 14,1 ans	77%	Centre de réadaptation
Connor, Ozbayrak, Harrison, & Melloni	1998	Massachusetts Etats-Unis	N = 83	5 à 19 ans M = 13,6 ans	76%	Centre de réadaptation
Ministère des services sociaux	2007	Québec Canada	N = 440	6 à 12 ans M = 10 ans	67%	Foyer de groupe Centre de réadaptation
Ferguson, Glesener, & Raschick	2006	Minnesota Etats-Unis	N = 473	0 à 17 ans M = 11 ans	45%	Famille d'accueil Foyer de groupe Centre de réadaptation
Handwerk, Smith, Thompson,, Spellman, & Daly	2008	MidWest États-Unis	N = 1 100	9 à 18 ans M = 15 ans	40%	Foyer de groupe
Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes, Dubowski, & Mendez-Lewis	2008	Texas États-Unis	N = 32 135	0 à 19 ans M = non Disponible	37,9%	Famille d'accueil Foyer de groupe Centre de réadaptation
Raghavan, Zima, Andersen, Leibowitz, Schuster, & Landsverk	2005	États-Unis	N = 781	2 à 14 ans M = 8 ans	18,1%	Famille d'accueil Foyer de groupe Centre de réadaptation
Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman, & Belin	1999	Californie, Etats-Unis	N = 302	6 à 12 ans M = 8 ans	13%	Famille d'accueil Foyer de groupe Centre de réadaptation
Moyenne pondérée		Tous	N = 35 618	0 à 19 ans	38,3%	Famille d'accueil Foyer de groupe Centre de réadaptation

Les taux de polymédication semblent plus similaires d'une étude à l'autre. Zima et al. (1999) rapportent une prévalence de 45% chez des enfants âgés de 6 à 12 ans vivant en foyer d'accueil. Connor et ses collègues (1998) affirment que 57% des jeunes prennent déjà de 2 à 5 médicaments psychotropes à leur arrivée en centre de réadaptation et que 70% de ceux-ci poursuivent ce traitement lors de leur séjour. L'étude de Zito et al. (2008) révèle que 72,5% des jeunes de 0 à 17 ans pris en charge par les services de protection reçoivent une polymédication.

Selon Duffy, Narrow, Rae, West, Zarin, Rubio-Stipec et al. (2005), la polymédication est indiquée chez les jeunes présentant des psychopathologies sévères et multiples, car elle augmente les probabilités que le traitement soit efficace. Cette pratique de prescription découlerait de la tendance à privilégier des traitements centrés sur les symptômes plutôt que sur le diagnostic principal (Zima et al., 1999). L'ordonnance peut ainsi être envisagée dans les cas où un enfant présente des symptômes et comportements problématiques, sans rencontrer l'ensemble des critères diagnostiques d'un trouble mental (Angold, Erkanli, Egger, & Costello, 2000). L'étude de Zito et al. (2008) illustre bien cette pratique de prescription basée sur les symptômes plutôt que sur le diagnostic. Dans leur échantillon, lorsqu'il est question de polyprescription, le type de médicament prescrit varie très peu selon le diagnostic. En effet, la prévalence d'antipsychotiques atypiques est comparable et ce, même dans des groupes diagnostiques différents (i.e. TDAH, trouble anxieux, dépression). Dans ce cas de figure, l'usage d'antipsychotiques atypiques vise à atténuer un symptôme spécifique (par exemple l'agitation ou l'agressivité), qui peut se retrouver dans l'une ou l'autre des catégories diagnostiques.

La polyprescription demeure controversée, puisque son efficacité et son innocuité ne sont pas clairement démontrées chez les enfants et adolescents. De plus, cette pratique nécessite une surveillance médicale plus étroite que la monoprescription (Duffy et al., 2005; Safer, Zito, & DosReis, 2003; Zito et al., 2008).

Au Québec, seule l'étude réalisée par le comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse (MSSS, 2007) précise la prévalence de prescription chez les 6 à 12 ans. Ce rapport stipule que 67% des enfants hébergés en foyers de groupe reçoivent au moins un médicament psychotrope, alors qu'un tiers des 12 à 17 ans en reçoivent (MSSS, 2007). Les enfants placés figurent donc, au Québec, parmi les populations les plus médicalisées de toutes celles desservies par les Centres jeunesse. Les données scientifiques disponibles au Québec sur le recours à ce traitement dans ce groupe d'âge spécifique sont néanmoins limitées. Dans ce contexte, il s'avère important de mieux connaître l'étendue des prescriptions chez les jeunes placés, en précisant la prévalence, les catégories de molécules prescrites, les motifs de prescription, ainsi que le suivi médical qui y est associé (par qui et à quelle fréquence).

Objectifs de l'étude

L'objectif de cet article consiste à cerner l'ampleur du phénomène de la psychopharmacothérapie au Québec chez les jeunes placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation des Centres jeunesse. Plus précisément, il vise à connaître la prévalence de la psychopharmacothérapie, les classes de molécules prescrites, les motifs de prescription, la formation et la fonction du médecin prescripteur et les caractéristiques de la prise en charge (type de prise en charge en pédopsychiatrie et fréquence du suivi).

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 101 participants âgés de 6 à 12 ans. Ils sont hébergés dans des centres de réadaptation et des foyers de groupe localisés dans sept régions administratives du Québec (Lanaudière, Laval, Montérégie, Montréal, Outaouais, Québec, Chaudières-Appalaches). L'échantillon regroupe 29 filles et 72 garçons. Les sujets proviennent pour la plupart des foyers de groupe ($n = 68$) (67,3% de l'échantillon total), plutôt que des centres de réadaptation ($n = 33$) (32,7%). Au plan géographique, l'échantillon représente bien les régions moyennement et densément peuplées du Québec (7 régions administratives composées de 350 000 habitants et plus sur 8 ont participé). Il correspond à la répartition de la population des enfants placés par rapport au type de structure, puisqu'il existe au Québec de trois à quatre fois plus de foyers de groupe pour enfants que de centres de réadaptation destinés à ce groupe d'âge (Association des Centres jeunesse du Québec, 2008, Fédération des Ressources Intermédiaires du Québec, 2008). Il est à noter qu'on retrouve dans ces deux types d'hébergement une proportion comparable de prescriptions de médicaments psychotropes, soit de 75,8% ($n = 25$) dans les centres de réadaptation et de 67,6% ($n = 46$) dans les foyers de groupe ($\chi^2(1) = 0,70, p = 0,49$). Les régions plus faiblement peuplées (ex. : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie) n'ont pas pris part à l'étude, puisque ce type de ressource n'y était pas encore développé au moment de la collecte de données.

Recrutement. Le projet de recherche a d'abord été approuvé par le comité d'éthique des Centres jeunesse et celui de la Faculté des Arts et des Sciences de

l'Université de Montréal. Il a ensuite été présenté aux directeurs des services professionnels des Centres jeunesse du Québec ainsi qu'à la Fédération des ressources intermédiaires du Québec. La collecte de données a été effectuée dans les sept Centres jeunesse ayant accepté de participer, ce qui correspondait à un bassin de 19 foyers de groupe et 6 centres de réadaptation (pour un total de 155 enfants). Quinze foyers de groupe et 5 centres de réadaptation ont pris part à l'étude. Les enfants atteints de déficience moyenne ou sévère ou d'un trouble envahissant du développement étaient exclus de l'étude.

Les chefs des foyers de groupe et des centres de réadaptation concernés ont ensuite été contactés afin de solliciter leur participation. Lorsqu'ils étaient intéressés, un agent de recherche présentait le projet aux éducateurs et aux chefs de service afin de les impliquer et de leur fournir les explications nécessaires à propos des instruments de mesure. Par la suite, les chefs devaient informer les parents du démarrage de la recherche et obtenir leur approbation à ce qu'un agent de recherche communique avec eux. Celui-ci contactait ensuite les parents par téléphone afin de leur expliquer les buts de la recherche, le caractère volontaire de la participation et la confidentialité des informations recueillies. Ces explications leur étaient aussi transmises par la poste. Tous les enfants placés pour lesquels le consentement a été obtenu pouvaient participer à l'étude, qu'ils soient médicamenteux ou non médicamenteux. Douze pour cent des parents contactés ont refusé que leur enfant participe à l'étude ou n'ont pas pu être rejoints. Enfin, l'éducateur responsable de chacun des jeunes participants devait lui aussi consentir. Huit pour cent des éducateurs n'ont pas participé.

Données manquantes. Les données disponibles sont indiquées dans chacun des tableaux («n disponible»). Elles sont également précisées dans le texte s'il y a lieu. Les données manquantes s'expliquent par le motif suivant : l'éducateur n'a pas rempli entièrement le questionnaire.

Procédure

Pour chacun des enfants dont le consentement parental avait été obtenu, l'éducateur de référence a répondu à deux questionnaires.

Mesures

Informations générales et médicales. Un formulaire destiné aux éducateurs a été conçu aux fins de l'étude afin de connaître les caractéristiques générales et médicales des enfants. En plus des données sociodémographiques de l'enfant (âge, sexe), l'éducateur précise le milieu de placement (centre de réadaptation, foyer de groupe), le début et la durée du placement actuel ainsi que la loi de placement (LPJ, LSSSS). Il indique si l'enfant reçoit ou non des médicaments psychotropes, les classes de molécules prescrites (quel(s) médicament(s) ce jeune prend-il actuellement ?), les motifs de prescription (pourquoi prend-il ce médicament ?), le type de prise en charge médicale (l'enfant est-il ou a-t-il déjà été évalué et/ou suivi en pédopsychiatrie ?), l'âge au moment de la première médication ainsi que la ou les personnes ayant formulé cette demande. Pour chacun des médicaments prescrits, l'éducateur note, s'il y a lieu, les modifications antérieures. À partir de ces réponses, les catégories suivantes sont créées : modification du type de molécule prescrite, augmentation de la dose, diminution de la dose, ajout ou suppression d'une médication. Enfin, le formulaire

permet de préciser si l'enfant présente un diagnostic ou une impression diagnostique et dans l'affirmative, le type est inscrit.

«Perspective des intervenants psychosociaux sur le recours à la médication psychotrope» (Moses, 2003; traduction de Lafortune & Laurier, 2004). Ce questionnaire s'adresse aux éducateurs travaillant dans les services de réadaptation auprès d'enfants âgés de 5 à 12 ans. Il comprend une section recueillant des *informations sur le participant* (genre, nombre d'années d'expérience, niveau de formation académique, orientation théorique principale, formation sur la psychopharmacothérapie). À l'aide d'échelles de type Likert en cinq points, il permet d'évaluer leur *familiarité avec la pharmacothérapie*, leur *opinion* envers celle-ci, leur *implication dans le traitement pharmacologique* de même que leur *perception de la relation thérapeutique avec le médecin prescripteur*. Dans le cadre de cette étude, seules trois variables descriptives sont rapportées afin de répondre aux objectifs, soit a) la formation du médecin prescripteur (l'éducateur coche s'il s'agit d'un médecin généraliste, pédiatre, pédopsychiatre, neurologue ou autre), b) sa fonction (l'éducateur indique si le médecin travaille à temps plein pour la même institution, à temps partiel ou à titre de consultant) et c) la fréquence des rencontres de suivi médical (une fois par semaine ou plus, aux deux semaines, une fois par mois, tous les deux mois, une fois par six mois, une fois par année, ne sait pas).

Stratégie d'analyse

Pour répondre au premier objectif de cette étude, la prévalence de la prescription de médicaments psychotropes a d'abord été calculée en termes de

fréquence et de pourcentage (n (%)). Le taux de prévalence a été rapporté en y ajoutant les intervalles de confiance (95%).

Pour atteindre le deuxième objectif, les réponses fournies par les éducateurs sur le type de médication prescrite ont été regroupées en fonction des grandes classes de médicaments (ex. : lorsque l'éducateur a répondu «Ritalin», la médication était classée dans la catégorie «psychostimulant»). Elles ont ensuite été décrites (n (%)). Les différences entre les taux de prévalence chez les garçons et les filles, pour chacune des classes de molécules, ont été analysées à l'aide d'un test du chi carré lorsque les données disponibles étaient suffisantes. La fréquence et le pourcentage (n (%)) des modifications apportées à la thérapie médicamenteuse (changement de médicament, ajout d'un médicament, augmentation de la dose, diminution de la dose, suppression du médicament) ont été précisés.

Afin de répondre au troisième objectif, les motifs de prescription ont été décrits (n (%)). Pour le quatrième objectif, soit de connaître la formation et la fonction du médecin prescripteur, la fréquence et le pourcentage ont été précisés pour le type de formation (médecin généraliste, pédiatre, pédopsychiatre, neurologue ou autre) et sa fonction (temps plein pour la même institution, à temps partiel ou à titre de consultant). Le type (évaluation ou suivi) et la fréquence de la prise en charge médicale ont aussi été calculés (n (%)).

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS, version 19, avec un niveau de signification de 0,05.

Résultats

Prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes

La proportion d'enfants ayant une prescription de médicaments psychotropes dans l'échantillon s'élève à 70,3% ($n = 71$) [IC 95%: 60% - 80%]. Au total, 151 médicaments sont prescrits. Sur les 71 enfants médicamentés, vingt-et-un reçoivent une monoprescription (21(29,58%). Pour près des trois quarts des enfants médicamentés (50 (70,42%)), il s'agit d'une polyprescription, constituée de 2 à 5 médicaments. Plus précisément, 42,25% ($n = 30$) des jeunes médicamentés prennent une combinaison de deux médicaments, 15,49 % ($n = 11$) en reçoivent trois et 12,68% ($n = 9$), quatre médicaments ou plus.

Classes de médicaments prescrits

Les résultats des analyses de chi carré présentés au tableau 2 révèlent que les médicaments les plus fréquemment prescrits sont les psychostimulants, tel que le Ritalin®, les antipsychotiques atypiques, tel que le Risperdal®, les agonistes alpha adrénergiques, tel que la Clonidine® et les antidépresseurs, tel que le Desyrel®. Cette répartition est la même chez les filles et les garçons, les résultats des analyses de chi carré n'étant pas significatifs.

Les prescriptions concomitantes pour lesquelles les classes de molécules sont précisées ($n = 49$), se composent le plus fréquemment de psychostimulants et d'antipsychotiques atypiques (33(67,35%)), de psychostimulants et d'agonistes alpha adrénergiques (5(10,20%)), de deux psychostimulants (3(6,12%)) ou d'antidépresseurs, d'agonistes alpha adrénergiques et de psychostimulants (3(6,12%)).

Tableau 2. Répartition des jeunes (fréquence et pourcentage) par classe de médicaments prescrits ($n = 71$).

Classes de médicaments ^a	Fréquence et pourcentage			χ^2 (dl) p
	Échantillon total ($n = 71$)	Garçons ($n = 54$)	Filles ($n = 17$)	
n disponible	$n = 70$	$n = 53$	$n = 17$	
Psychostimulants	65 (92,86)	49 (92,45)	16 (94,12)	χ^2 (1) = 0,05 $p = 0,82$
Antipsychotiques atypiques	36 (51,42)	31(58,49)	5 (29,41)	χ^2 (1) = 0,18 $p = 0,91$
Agoniste alpha adrénergique	13 (18,67)	11(20,75%)	2 (11,76)	--
Antidépresseurs	8 (11,43)	6 (11,32)	2 (11,76)	--
Anticonvulsivants	1 (1,43)	1 (1,89)	0 (0)	--
Stabilisateurs de l'humeur	1 (1,43)	1 (1,89)	0 (0)	--

Note. ^a Un même sujet peut se retrouver à la fois dans la catégorie «psychostimulant» et «antipsychotique», étant donné la prévalence de polyprescription.

* $p < 0,05$

Dans la majorité des cas, la médication a déjà été modifiée depuis le moment de son introduction (59 sur les 64 cas où l'information est disponible) (92,18%). Plus précisément, lorsque ces changements sont connus ($n = 45$), les principaux, en ordre décroissant de fréquence, sont les suivants : modification du type de molécule prescrite (20(44,44%)) (ex. Concerta® au lieu du Ritalin®), augmentation de la dose (13(28,88%)), ajout d'une médication (6(13,33%)), diminution de la dose (5(11,11%)) et suppression d'un médicament (1(2,22%)).

Motifs de prescription

Les motifs connus des éducateurs sont décrits au tableau 3. Les symptômes d'inattention et d'agitation sont les principaux pour les psychostimulants. Les motifs des antipsychotiques atypiques et des agonistes alpha adrénergique sont plus variés (agressivité, sommeil et anxiété).

Tableau 3. *Motifs de prescription par classe de molécule.*

Motifs ^a	Fréquence et pourcentage			
	Classes de médicaments ^b			
	Psycho-stimulant (n = 64)	Anti- psychotique (n = 23)	Agoniste alpha adrénergique (n = 6)	Antidépresseur (n = 4)
Inattention et hyperactivité (n = 48)	48 (75,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Agressivité (n = 13)	4 (6,25)	7 (30,43)	2 (33,33)	0 (0,00)
Problèmes de sommeil (n = 10)	1 (1,56)	6 (26,09)	2 (33,33)	1 (25,00)
Anxiété (n = 9)	1 (1,56)	6 (26,09)	1 (16,67)	1 (25,00)
Inattention (n = 2)	0 (0,00)	2 (8,70)	0 (0,00)	0 (0,00)
Trouble de l'humeur (n = 5)	2 (3,13)	1 (4,35)	0 (0,00)	2 (50,00)
Impulsivité (n = 6)	5 (7,81)	0 (0,00)	1 (16,67)	0 (0,00)
Syndrome de Gilles de la Tourette, tics (n = 2)	2 (3,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Trouble de comportement (n = 1)	1 (1,56)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Épreuve de la réalité (n = 1)	0 (0,00)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)

Note. ^a Les motifs de prescription ne sont pas disponibles pour chacun des médicaments.

^b Un même sujet peut se retrouver à la fois dans la catégorie «psychostimulant» et «antipsychotique», étant donné la prévalence de polyprescription.

Formation et fonction du médecin prescripteur

Parmi les 67 cas où l'information est disponible, les prescriptions sont principalement signées par un pédopsychiatre (43 (64,17%)). Suivent des médecins généralistes (13 (19,40%)), des pédiatres (12 (17,91%)) et un neurologue (1 (1,49%)). Il s'agit généralement de médecins travaillant à l'extérieur des Centres jeunesse (63(94,03%)), c'est-à-dire dans des cliniques ou des hôpitaux. Seulement quatre de ces cliniciens (8,96%) agissent à titre de consultants pour les Centres jeunesse.

Caractéristiques de la prise en charge

Par rapport au suivi médical, les données sont disponibles pour 58 enfants médicamentés. La fréquence des rencontres de suivi médical oscille principalement entre une fois par mois et une fois par année. Le plus souvent, les enfants médicamentés consultent leur médecin aux deux mois (19 (32,76%)) ou aux six mois (15 (25,86%)). Un seul est suivi aux deux semaines (1,72%), 9 une fois par mois (15,52%), cinq une fois par année (8,62%) et 9 au besoin (15,52%). Dans les 61 cas où l'information est disponible, un peu plus de la moitié des enfants médicamentés (34 (55,73%)) est actuellement évaluée en pédopsychiatrie. Quinze (24,59%) autres enfants l'ont déjà été et près d'un cinquième n'auraient pas encore été évalués (12 (19,68%)). Du côté des enfants non médicamentés, dans les 24 cas où l'information est disponible, 16 participants (66,67%) n'ont jamais été évalués par un pédopsychiatre, cinq sont actuellement évalués (20,83%) et trois (12,50%) l'ont déjà été auparavant.

Discussion

L'objectif de cet article consistait à connaître le taux de prescription de médicaments psychotropes chez les enfants placés en Centre jeunesse. Il s'agissait également de préciser les classes de molécules prescrites, les motifs de prescription, la formation du médecin prescripteur, sa fonction et les caractéristiques de la prise en charge médicale.

Prévalence et médication prescrite

La prévalence de la prescription de médicaments psychotropes dans l'échantillon s'élève à 70,3%. Les médicaments les plus fréquemment prescrits sont les psychostimulants et les antipsychotiques atypiques, qui visent habituellement à diminuer l'inattention, ainsi que les comportements hyperactifs, impulsifs ou agressifs. La distribution des médicaments prescrits est comparable à celles qui ont été rapportées dans les études de Brelan-Noble et al. (2004), de Connor et al. (1998), de Ferguson et al. (2006) et de Lafortune et al. (2004), bien que la proportion de psychostimulants observée dans notre étude figure parmi les plus élevées. La plupart des modifications effectuées en cours de suivi médical concernent une augmentation de la dose, ce qui peut laisser supposer qu'au départ, la médication a été introduite à la dose minimale. Ce résultat peut également traduire le fait que des changements insuffisants ont été observés au niveau du fonctionnement de l'enfant lors de la phase initiale. On ne rapporte que peu de cas où il y a eu réduction de la médication. Ceci avait pourtant été observé par Handwerk et al. (2008), dans un échantillon d'enfants américains, la prévalence diminuant de 40% à 26% sur une période d'une année.

Le taux de prescription dans notre échantillon figure parmi les plus élevés ayant été rapportés jusqu'à ce jour dans les travaux antérieurs. Il équivaut à ceux obtenus dans les études de Connor et al. (1998) et de Brelan-Noble et al. (2004) auprès d'échantillons où la moyenne d'âge était plus élevée, soit de 13 et 14 ans. En comparaison avec la prévalence de 13% observée auprès d'échantillons d'enfants placés appartenant au même groupe d'âge (Raghavan et al., 2005; Zima et al., 1999), le taux obtenu dans notre étude est très supérieur. Par contre, il faut prendre en compte que, dans ces deux études, des enfants placés en famille d'accueil étaient aussi recrutés, aussi bien que ceux en foyer de groupe et en centre de réadaptation. Or, le profil psychopathologique des premiers est généralement moins problématique que les seconds. Le recours à l'approche médicamenteuse peut donc être moindre chez les jeunes placés en famille d'accueil (Armsden, Pecora, Paye, & Szatkiewicz, 2000; Helfinger, Simpkins, & Combes-Orme, 2000; Hussey & Guo, 2005; Scholte, 1997). La comparaison du taux observé dans cette étude à ceux obtenus antérieurement doit donc être faite prudemment, étant donné que les pratiques cliniques peuvent différer selon les structures de soins et selon les régions géographiques.

Somme toute, la prévalence ici constatée correspond davantage à celle obtenue aux États-Unis dans des échantillons d'enfants un peu plus âgés et qui sont hébergés en centre de réadaptation. Elle se rapproche aussi de celles observées dans certains milieux pédopsychiatriques, qui sont de l'ordre de 65% chez les patients suivis à l'externe et de 78% à 98% chez les patients hospitalisés (Dean, McDermott, & Marshall, 2006; Lekhwani, Nair, Nikhinson, & Ambrosini, 2004; Safer, 1997; Zito, Craig, & Wanderling, 1994). Il demeure par ailleurs difficile de savoir si la prévalence

élevée observée dans cette étude s'explique par le fait que la clientèle des enfants placés est similaire à celle de la pédopsychiatrie sur le plan des symptômes et des diagnostics. Une comparaison entre le portrait psychopathologique des enfants suivis en pédopsychiatrie et ceux qui sont hébergés dans les ressources des Centres jeunesse pourrait permettre de vérifier cette hypothèse. Si tel était le cas (i.e. un portrait diagnostique comparable), ceci pourrait indiquer que les éducateurs doivent assurer la prise en charge de jeunes manifestant à la fois des troubles de comportements et psychiatriques, ce qui nécessiterait l'acquisition de compétences spécifiques¹ à propos des psychopathologies et des liens de partenariat étroits avec les services spécialisés en santé mentale (Arcellus, Bellerby, & Vostanis, 1999; Chagnon & Laframboise, 2005, Paquette & Dalpé, 2002).

Par ailleurs, le taux élevé de prescription pourrait également être associé à leurs difficultés. En effet, les enfants placés dans les ressources d'hébergement des Centres jeunesse représentent 6,46% de la population des Centres jeunesse, soit celle pour qui le maintien dans un milieu d'accueil ou la famille biologique s'avère impossible (ACJQ, 2012). Ce sont donc des jeunes en grand besoin, qui peuvent nécessiter une prise en charge multimodale, incluant la psychopharmacothérapie.

Le taux de polyprescription observé dans notre échantillon s'élève à 72%, comparativement à celui de 50% rapporté par Connor et al. (1998) et Lafortune et al. (2004). Il se rapproche du 72,5% indiqué dans l'étude de Zito et al. (2008). Selon Connor et Steingard (1996), en matière de psychopharmacothérapie, à l'approche basée sur le diagnostic principal s'est ajoutée celle centrée sur les symptômes cibles. Une

¹ Au Québec, depuis l'adoption de la Loi 21, l'évaluation et l'élaboration des plans d'intervention pour les jeunes souffrant de troubles mentaux doit être assumée par un membre d'un ordre professionnel.

importante prévalence de polyprescription pourrait s'expliquer par des pratiques de prescription davantage fondées sur les symptômes. Dans notre échantillon, les prescriptions concomitantes les plus fréquentes sont composées d'antipsychotiques atypiques et de psychostimulants. De telles combinaisons sont fréquemment rapportées dans les études portant sur les milieux de réadaptation, pédiatriques et pédopsychiatriques (Papadopoulos et al., 2003). En effet, il est commun que ces jeunes reçoivent ces ordonnances en combinaison, ce qui permet de traiter à la fois l'agitation, l'impulsivité et l'agressivité. La tendance à utiliser la polyprescription pour le traitement des comportements agressifs est d'ailleurs observée dans tous les environnements cliniques (Connor et al., 1998; Papadopoulos et al., 2005). Cela dit, le recours à la polyprescription peut aussi indiquer que la monoprescription et les interventions psychosociales ne sont pas suffisantes pour améliorer le fonctionnement de l'enfant. Afin de tester cette hypothèse, l'accessibilité et l'efficacité d'autres modalités thérapeutiques (ex. : programme d'intervention ou psychothérapie) pour traiter notamment les comportements agressifs seraient à évaluer.

Formation du médecin prescripteur et caractéristiques de la prise en charge

Les paramètres de prescription de l'utilisation de médicaments psychotropes en Centre jeunesse (Crismon, Jensen, Logan, Lopez, Machi, Muse et al., 2007) et les lignes directrices émises par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Papadopoulos et al., 2003) soulignent l'importance d'effectuer une évaluation complète des symptômes de l'enfant, de son fonctionnement global, de son développement, de son histoire familiale et médicale avant de prescrire une médication. Les experts recommandent également la continuité des services, plus

particulièrement chez les enfants placés qui connaissent souvent de l'instabilité. Dans la majorité des cas de la présente étude, les enfants médicamentés ont déjà été évalués en pédopsychiatrie et sont suivis par un pédopsychiatre, entre une fois par mois et une fois par an. Les détails de l'évaluation et du suivi n'ont toutefois pas été étudiés, en raison du grand nombre de données manquantes. Il n'est donc pas possible de préciser si l'évaluation spécialisée a eu lieu avant ou après la prescription de médicaments. Néanmoins, dans la majorité des cas, il s'avère que le suivi est régulier et assumé par un médecin spécialiste.

En conclusion, cette étude a permis de mettre en lumière un taux élevé de prescription et de polyprescription de médicaments psychotropes, principalement des psychostimulants et des antipsychotiques atypiques, dans une population d'enfants placés dans des foyers de groupe et centres de réadaptation.

Limites

Le fait que les données soient majoritairement descriptives et qu'elles soient rapportées par les éducateurs constitue une limite. Les informations collectées directement auprès des médecins prescripteurs auraient assuré une meilleure validité des résultats. Malheureusement, ceux-ci ont rarement le temps de participer à des projets de recherche. De plus, cette étude aurait pu être bonifiée si des données supplémentaires avaient été colligées, notamment au niveau des symptômes.

L'étude ne porte pas sur la prévalence dans l'ensemble des Centres jeunesse du Québec et des précisions quant aux différences régionales n'ont pas été effectuées. L'échantillon reste toutefois représentatif des enfants vivant dans les régions densément ou moyennement peuplées. Enfin, il est à noter que la prévalence n'a pas

été analysée en fonction de l'origine ethnique des enfants, alors que certains auteurs ont déjà noté des différences aux États-Unis (ex. : Ferguson et al., 2006; Zito et al., 2008). Malgré ces limites, cette étude a permis de constater la prévalence élevée des prescriptions et polyprescriptions psychopharmacologiques chez les enfants pris en charge par les Centres jeunesse du Québec et de proposer des pistes d'explications à explorer dans des études ultérieures.

Références

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2001). Summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1352-1355.
- Acquaviva, E. (2007). Pharmacoépidémiologie et pédopsychiatrie. Dans D. Bailly, & M.-C. Mouren (dir.), *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p.12-21). Paris : Masson.
- Angold, A. Erkanli, A., Egger, H.L., & Costello, E.J. (2000). Stimulant treatment for children : a Community Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975-984.
- Arcellus, J., Bellerby, T., & Vostanis, P. (1999). A mental health service for young people in the care of the local authority. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4 (2), 233-245.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2009; 2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Armsden, G., Pecora, P.J., Payne, V.H., & Szatkiewicz, J.P. (2000). Children placed in long-term foster care: an intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8 (1), 49-64.
- Brelan-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Wagner, R.H., & Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatrics Services*, 55 (6), 706-708.

- Campbell, M., Rapoport, J.L., & Simpson, G.M. (1999). Antipsychotics in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (5), 537-545.
- Chagnon, F., & Laframboise, J. (2005). *État de la situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire*. Collection Développement et Évaluation de programme. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Harrison, R.J., & Melloni, R.H. (1998). Prevalence and patterns of psychotropics and anticonvulsivant medication in children and adolescents referred to residential treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 8 (1), 27-28.
- Connor, D.F., & Steingard, R.J. (1996). A clinical approach to the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *Annals of the New York Academy of Science*, 20 (794), 290-307.
- Crismon, L., Jensen, P., Logan, L., Lopez, M., Machi, A., Muse, N.J. et al., (2007). *Psychotropic medication utilization parameters for foster children* (version 061221), Texas, United States : Texas Department of State Health Services.
- Dean, A.J., McDermott, B.M., Marshall, R.T. (2006). Psychotropic medication utilization in child and adolescent mental health service. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16 (3), 273-285.
- Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S., West, J.C., Zarin, D.A., Rubio-Stipec, M., Pincus, H.A., & Regier, D.A. (2005). Concomitant pharmacotherapy among

youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15, (1), 12-15.

Ferguson, D., Glesener, D., & Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16 (4), 474-481.

Handwerk, M.L., Smith, G.L., Thompson, R.W., Spellman, D.F., & Daly, D.L. (2008). Psychotropic medication utilization at a group-home residential facility for children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 517-525.

Helfinger, C.A., Simpkins, C.G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22 (1), 55-73.

Hussey, D.L., & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare*, 84 (4), 485-506.

Jensen, P.S., Vinod, S.B., Benedetto, V., Hoagwood, K., Feil, M., & Burke, L.B. (1999). Psychoactive medication prescribing practices for U.S. children: gaps between research and clinical practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (5), 557-565.

Lafortune, D., & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : Prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie canadienne*, 47, 155-169.

- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33 (1), 157-176.
- Lekhawani, M., Nair, C., Nikhinson, I., & Ambrosini, P.J. (2004). Psychotropic prescription practices in child psychiatric inpatients 9 years old and younger. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14 (1), 95-103.
- Leo, J. (2006). The SSRI Trials in children: Disturbing implications for academic medicine. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8 (1), 29-41.
- Moses, T. (2003). Social worker's perspective on medicalized treatment for youth
Dissertation Doctor of Philosophy in Social Welfare. University of California, Los Angeles, United States.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. 79 p.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Weissman, M.M., & Jensen, P.S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 514-520.
- Paquette, F., & Dalpé, A. (2002). *Évaluation des besoins de la clientèle âgée entre 6 et 11 ans*. Montréal, Canada : Les Centres Jeunesse de Montréal, Collection Développement et Évaluation de programme. 110 p.
- Papadopoulos, E., Macintyre, J.C., Crismon, M.L., Findling, R.L., Malone, R.P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S.B., Felton, C.J., Kranzler, H., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S.E., & Jensen, P.S.

- (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 145-161.
- Raghavan, R., Lama, G., Kohl P., & Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15 (2), 121-131.
- Raghavan, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 97-106.
- Saint-Raymond, A., Brasseur, D., & Seigneuret, N. (2005). Médicaments de l'enfant : il est temps d'agir. *Archives de pédiatrie*, 12 (8), 1195-1316.
- Safer, D.J. (1997). Changing patterns of psychotropic medications prescribed by child psychiatrists in the 1990s. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 264-274.
- Safer, D.J., Zito, J.M., & DosReis, S. (2003). Concomitant psychotropic medication for youth. *American Journal of Psychiatry*, 160 (3), 438-449.
- Satcher, D.S. (2000). Surgeon General's report on oral health. *Public Health Reports*. 115 (5), 489-490.
- Scholte, E. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (6), 657-666.

- Verdoux, H., Tournier, M., Cougnard, A., Martin, K., & Bégaud, B. (2006). Pharmacopépidémiologie des médicaments psychotropes : utilisation et impact en conditions réelles d'utilisation. *Thérapie*, *61* (1), 17-22.
- Vitiello, B. (2001). Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, *108*(4), 983-989.
- Zito, J.M., Safer, D.J., Sai, D., Gardner, J.F., Thomas, D., Coombes, P., Dubowski, M., & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, *121* (1), 157-163.
- Zito, J.M., Craig, T.J., & Wanderling, J. (1994). Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *Journal of Pharmacoepidemiology*, *3* (1), 47-62
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999). Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *9* (3), 135-147.

Chapitre 3, Troisième article. Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants hébergés en Centre jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes.

Julie Desjardins, Denis Lafortune et Francine Cyr

Résumé

Cette étude vise à préciser les caractéristiques sociodémographiques et anamnestiques des enfants placés et qui reçoivent des médicaments psychotropes. Ces variables ont été mesurées à l'aide de questionnaires remplis par les éducateurs et d'une analyse du dossier, à partir d'un échantillon de 101 enfants hébergés hors d'un milieu familial. Les sujets médicamenteux ($n = 71$) ont été comparés aux non médicamenteux ($n = 30$). Les résultats indiquent que les uns et les autres ont vécu des stressors psychosociaux similaires avant leur placement (négligence, abandon par un des parents, abus). Par contre, les enfants placés qui reçoivent une psychopharmacothérapie ont été retirés de leur milieu familial à un plus jeune âge ($p < 0,05$) et ils ont connu plus de changements de milieu de vie avant l'âge de 6 ans, comparativement aux enfants non médicamenteux ($p < 0,05$). De plus, l'exposition à la violence conjugale a été plus fréquente chez ces derniers ($p < 0,05$).

Abstract

This article seeks to identify the sociodemographic and anamnestic characteristics of children receiving psychotropic medication. These variables were measured through the use of questionnaires completed by educators, and by case analysis from a sample of 101 children living outside their family environment. Medicated youths ($n = 71$) were compared to non-medicated ones ($n = 30$). The results indicate that both groups experienced psychosocial stressors prior to their placement (neglect, abandonment by a parent, abuse). However, foster children who received psychopharmacotherapy were removed from their home at a younger age ($p < .05$), and experienced more family life changes before the age of 6, in comparison to non-medicated children ($p < .05$). In addition, exposure to domestic violence was more frequent in the non-medicated group ($p < .05$).

De nombreux cas de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant sont rapportés chaque année aux services de protection de l'enfance. Au Québec, au cours de l'année 2008-2009, 25 437 signalements ont été retenus. Parmi ceux-ci, 9 455 enfants âgés de 0 à 18 ans ont dû être placés en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation (ACJQ, 2009). La majorité des enfants âgés de 6 à 12 ans sont hébergés en famille d'accueil, tandis que les adolescents sont généralement dirigés vers les centres de réadaptation et les foyers de groupe. Cela dit, certains foyers de groupe et centres de réadaptation sont spécialisés dans le traitement des enfants. En 2008, 440 enfants âgés entre 6 et 12 ans, le plus souvent des garçons, résidaient dans ce type de milieu. La négligence parentale est le plus fréquent motif à l'origine du placement en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation (77%). Viennent ensuite les cas d'abus physique (7,9%), d'abandon (6,6%), la présence de trouble de comportement chez l'enfant (4,7%) et l'abus sexuel (3,7%) (ACJQ, 2009; MSSS, 2007).

Le portrait psychopathologique des enfants placés

Les conditions familiales adverses et les formes précoces de maltraitance subies en bas âge constituent des facteurs de risque pouvant contribuer au développement de psychopathologies (Attala, Bauza, Pratt, & Vieira, 1995; Brooks-Gunn, & Duncan, 1997; Burns, Philipps, Wagner, Barth, Kolko, Campbell, & Landversk, 2004; Cicchetti & Lynch, 1993; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Conger, Conger, & Elder, 1997; Sternberg, Lamb, & Greebaum, 1993; Hussey & Guo, 2005; Wolkind, 1991). Entre 20% et 80% des jeunes issus des foyers de groupe, des centres de réadaptation et des familles d'accueil présentent des difficultés majeures, parmi

lesquelles on retrouve les problèmes de l'attention, les comportements agressifs ou délinquants, les problèmes de socialisation, de la pensée, l'anxiété et les symptômes dépressifs (DosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001; Helfinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000). Aux États-Unis, Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood, & Aarons, (2001) ainsi que Hussey & Guo (2005) précisent que 42% des enfants de 6 à 18 ans présentent au moins un trouble psychiatrique, tel qu'évalué par le DSM-IV. Au Québec, une étude du MSSS (2007) visant à connaître le nombre de jeunes ayant un diagnostic ou une impression diagnostique¹ inscrit à leur dossier, conclut à une proportion comparable chez les jeunes de 6 à 18 ans hébergés en centre de réadaptation ou en foyer de groupe, soit de 45%. Par contre, elle grimpe à 70% chez les 6 à 12 ans. Les diagnostics ou impressions diagnostiques les plus fréquents dans ce groupe d'âge sont le TDAH, le trouble oppositionnel, le trouble réactionnel de l'attachement et les troubles anxieux (MSSS, 2007).

La psychopharmacothérapie

Parmi les traitements existants pour traiter ces psychopathologies, la psychopharmacothérapie est de plus en plus utilisée (Martin, VanHoof, Stubbe, Sherwin, & Scahill, 2003). En Amérique du Nord, les taux de prescription chez les jeunes âgés de 6 à 18 ans sous la tutelle de l'État varient entre 13% et 77%. Ils sont donc de 2 à 3 fois plus élevés que ceux observés dans la population générale, où ils se situent entre 4% et 6% (American Psychiatric Association, 2000; Lafortune & Collin, 2006; Raghavan, Zima, Anderson, Leibowitz, Schuster, & Landsverk, 2005).

¹ Dans cette étude, l'impression diagnostique était considérée au même titre que le diagnostic, étant donné que les enfants sont en développement et que les médecins hésitent parfois à poser un diagnostic ferme dans leur cas.

En ce qui a trait aux taux les plus élevés, les études de Connor, Ozbayrak, Harrison et Melloni (1998) et de Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner et Burns (2004) rapportent des prévalences de 76% au moment de l'admission ($n = 83$) et de 77% au cours des quatre derniers mois ($n = 304$), dans des échantillons de jeunes âgés de 5 à 19 ans, placés en milieu substitut à leur famille. Dans les centres de réadaptation et foyers de groupe du Québec, au moment de la collecte de données, 67,5% des enfants âgés de 6 à 12 ans reçoivent des médicaments psychotropes ($N = 440$) (MSSS, 2007). Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes, Dubowski et Mendez-Lewis (2008) révèlent que, parmi les 32 135 jeunes âgés de 0 à 17 ans pris en charge par les services de protection, 37,9% prennent des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois. Un taux plus faible est observé par Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman, & Belin, qui révèlent que 13% des enfants placés (famille d'accueil, foyer de groupe ou centre de réadaptation) reçoivent un ou plusieurs médicaments ($n = 302$).

Parmi les enfants faisant usage de médicaments psychotropes, près de la moitié reçoivent une polyprescription (Connor et al., 1998; Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004). Les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs sont les classes de molécules les plus souvent prescrites (Brelan-Noble et al., 2004; Connor et al., 1998; Ferguson, Glesener, & Raschick, 2006; Lafortune et al., 2004).

Les enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes

Des études empiriques ont documenté les caractéristiques psychopathologiques et les antécédents de traumatismes des jeunes placés et qui reçoivent des médicaments

psychotropes. Des caractéristiques non cliniques (sociodémographiques ou relatives à la prise en charge) ont aussi été étudiées.

Les troubles psychotiques, les troubles bipolaires et le TDAH sont les psychopathologies les plus liées au recours à la psychopharmacothérapie. Les comportements immatures, perturbateurs et agressifs constituent aussi des motifs associés à ce traitement, de même que la dépression et le trouble de l'adaptation (Connor et al., 1998; DosReis et al., 2001; Lafortune et al., 2004; Raghavan et al., 2004; Schur, Sikich, Findling, Malone, Crismon, & Drivan et al., 2003). Les diagnostics et symptômes à l'origine de la polyprescription sont similaires à ceux associés à la prescription d'une seule molécule. Les comportements agressifs le sont plus particulièrement (Connor et al., 1998; Raghavan et al., 2005; Zito et al., 2008).

Des études se sont intéressées aux antécédents de traumatismes associés au recours à la psychopharmacothérapie. D'abord, Raghavan et al. (2005) remarquent que l'approche médicamenteuse est plus fréquente chez les victimes d'abus physique que chez les victimes de négligence. Leslie, Raghavan, Zhang, & Aarons (2010) suggèrent que l'abus et l'abandon constituent les traumatismes les plus liés à l'usage de la médication psychotrope. De plus, l'étude de Connor et McLaughlin (2005) et celle de Raghavan et al. (2005) rapportent que la psychopharmacothérapie occupe une place prépondérante dans l'intervention rééducative auprès des jeunes victimes d'abus, tandis que les jeunes négligés n'ayant pas été victimes de sévices physiques ou sexuels sont plus susceptibles de voir leur médication psychotrope diminuer au cours de leur placement. Ce résultat peut s'expliquer par une utilisation plus importante des services psychosociaux par les jeunes ayant été victimes d'abus physique ou sexuel, notamment

puisque l'abus engendre des symptômes plus évidents et plus facilement décelables que la négligence (Kaufman & Cicchetti, 1989; Raghavan et al., 2005). Par ailleurs, une étude plus récente de Raghavan, Lama, Kolh et Hamilton (2010) ne trouve pas d'association entre les antécédents traumatiques et le recours à la psychopharmacothérapie.

Parmi les facteurs non cliniques associés à la prescription de médicaments psychotropes, les jeunes âgés de 11 à 14 ans sont plus susceptibles d'en recevoir (Lafortune et al., 2004; Raghavan et al., 2005). L'âge au moment du premier placement est aussi corrélé à un recours accru à la médication, les jeunes placés à un âge précoce (8,4 ans) étant plus nombreux à recevoir une ordonnance (Lafortune et al., 2004). Sous l'angle du genre, toutes proportions gardées, plus de garçons que de filles prennent des médicaments psychotropes (Ferguson et al., 2006; Raghavan et al., 2010; Zito et al., 2008). Le type de ressource d'hébergement (i.e. foyer de groupe ou centre de réadaptation) est également associé à l'usage de médication. Les enfants hébergés en foyer de groupe en reçoivent plus souvent, comparativement à ceux placés dans les centres de réadaptation. Ce résultat est néanmoins surprenant étant donné que le fonctionnement de ces derniers est généralement plus perturbé (Brelan-Noble et al., 2004; Zima et al., 1999).

L'instabilité de la mesure de placement a aussi été examinée, mais les résultats sont divergents. Aux États-Unis, selon Zima et al. (1999) ainsi que Stambaugh et al. (2012), les changements de milieux de vie ne sont pas associés à la prise de médicaments psychotropes. Les résultats obtenus au Québec (Lafortune et al., 2005)

démontrent plutôt que le nombre élevé de placements est associé à une augmentation des taux de psychopharmacoprescription.

En somme, il semble que les troubles extériorisés (TDAH, agressivité, troubles des conduites) ou psychotiques, ainsi que les antécédents d'abus soient particulièrement associés à la prescription de médicaments psychotropes. Des facteurs non cliniques y sont aussi liés, soit le type de ressource d'hébergement (foyer de groupe), le jeune âge au premier placement, le genre (masculin) et l'instabilité du placement. La majorité des études portent sur le portrait diagnostique des jeunes placés ou sur la prévalence de la psychopharmacothérapie. Les recherches ayant étudié la relation entre l'histoire traumatique des enfants placés et leur prescription de médicaments sont plus rares. Il en est de même pour les études portant sur la relation entre des variables liées au placement et l'usage de psychopharmacothérapie. Des analyses complémentaires sur les facteurs contextuels associés à ce traitement s'avèrent ainsi nécessaires afin de mieux comprendre les besoins des enfants placés et les services qui leur sont offerts.

Dans ce chapitre, il s'agit donc de préciser en quoi se distingue le portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes de ceux qui n'en prennent pas. L'objectif consiste à savoir si des stressors psychosociaux (ex. : abus, négligence, abandon) et si des caractéristiques liées au placement (motifs, stabilité, type de ressource d'hébergement) sont corrélées à la prescription. À notre connaissance, il s'agit de la première étude canadienne qui s'intéresse à ces questions chez les jeunes. De plus, au plan international, il s'agit d'une des premières études à s'intéresser spécifiquement au

groupe d'âge des 6 à 12 ans placés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation, un de ceux pour qui le recours aux médicaments psychotropes est le plus fréquent.

Objectifs de l'étude

Cet article vise à connaître les caractéristiques sociodémographiques et anamnestiques des enfants placés et médicamentés, de manière à préciser si des variables liées à leur trajectoire de vie peuvent être associées à la prescription de médicaments psychotropes. Plus spécifiquement, il s'agit de documenter l'âge et le sexe de l'enfant, l'âge au moment de la première prescription, la personne ayant formulé cette demande, les caractéristiques du placement actuel (type de ressource d'hébergement, motifs, nombre de mois dans la ressource actuelle) et du premier (âge au moment du premier placement, motifs), la stabilité du milieu d'hébergement (nombre de déplacement), ainsi que les stressseurs psychosociaux auxquels l'enfant a été exposé avant le placement.

Méthode²

Participants

Au total, l'échantillon regroupe 101 participants âgés de 6 à 12 ans, en provenance de centres de réadaptation et de foyers de groupe localisés dans sept régions du Québec (Lanaudière, Laval, Montréal, Montérégie, Outaouais, Québec, Chaudières-Appalaches). Parmi ceux-ci, 29 sont des filles et 72 sont des garçons.

L'échantillon compte 71 enfants sous médication et 30 sans médication. Les participants proviennent pour la plupart des foyers de groupe ($n = 68$) (67,3%), plutôt

² La méthodologie de cette étude est similaire à celle décrite au chapitre 2, au niveau des participants et du recrutement.

que des centres de réadaptation ($n = 33$) (32,7%). Ceci est représentatif de la répartition de la population des enfants placés, puisqu'il existe au Québec environ trois à quatre fois plus de foyers de groupe pour enfants que d'unités en centre de réadaptation destinés à ce groupe d'âge (Association des Centres jeunesse du Québec, Fédération des Ressources Intermédiaires du Québec).

Recrutement. Le projet de recherche a d'abord été approuvé par le comité d'éthique du Centre jeunesse de Québec et celui de la Faculté des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal, puis il a été présenté aux directeurs des services professionnels de chacun des Centres jeunesse du Québec. Parmi ces Centres jeunesse, 7 ont accepté de participer, ce qui correspond à 19 foyers de groupe et 6 centres de réadaptation (pour un total de 155 enfants). Quinze foyers de groupe et 5 centres de réadaptation ont pris part à l'étude. Ont été exclus les enfants qui présentaient une déficience moyenne ou sévère ou un trouble envahissant du développement.

Les chefs de service des foyers de groupe et des centres de réadaptation ont ensuite été contactés afin de solliciter leur participation. Un agent de recherche s'est présenté dans les foyers de groupe et centres de réadaptation participants afin d'expliquer le déroulement de recherche et obtenir leur consentement. Les chefs de service devaient informer les parents de la recherche en cours et obtenir leur approbation face à l'éventualité qu'un agent de recherche communique avec eux. Celui-ci contactait ensuite par téléphone les parents. Les buts de l'étude, l'aspect volontaire de la participation et la confidentialité des informations recueillies leur étaient alors expliqués. Ces informations leur étaient également fournies par écrit, par le biais d'un envoi postal.

Tous les enfants placés pour lesquels le consentement a été obtenu ont été rencontrés, qu'ils soient médicamenteux ou non médicamenteux, de manière à constituer un échantillon le plus vaste possible. Douze pour cent des parents contactés ont refusé que leur enfant participe à l'étude ou n'ont pas pu être rejoints. L'éducateur responsable du suivi des jeunes devait lui aussi consentir à prendre part à la recherche. Huit pour cent d'entre eux ont refusé de participer.

Procédure

Pour chacun des enfants, l'éducateur de référence a rempli un formulaire recueillant des données sociodémographiques, des informations sur la prescription de médicament et sur le placement. Une agente de recherche a effectué l'analyse des dossiers à partir de deux questionnaires, soit la Grille d'évaluation de l'Axe Psychosocial de la Classification multiaxiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (Poustka, 1990) et un calendrier biographique («Life history Calendar», Martyn, & Belli, 2002).

Instruments

Informations générales et médicales. Un formulaire destiné aux éducateurs a été conçu aux fins de l'étude afin de connaître les caractéristiques générales et médicales des enfants. En plus des données sociodémographiques de l'enfant (âge, sexe), l'éducateur précise le milieu de placement (centre de réadaptation, foyer de groupe), le début et la durée du placement actuel ainsi que la loi de placement (LPJ, LSSSS). Il indique également si l'enfant reçoit actuellement ou non des médicaments psychotropes, les classes de molécules prescrites, les motifs de prescription, le type de prise en charge médicale (évaluation ou suivi en pédopsychiatrie), l'âge au moment de

la première médication et la ou les personnes ayant initié la demande de thérapie médicamenteuse. Pour chacun des médicaments prescrits, l'éducateur note, s'il y a lieu, les modifications antérieures. À partir de ces réponses, les catégories suivantes sont créées : modification du type de molécule prescrite, augmentation de la dose, diminution de la dose, ajout ou suppression d'une médication. Enfin, le formulaire permet de préciser si l'enfant présente un diagnostic ou une impression diagnostique et dans l'affirmative, le type est inscrit.

Dans le cadre de cette étude, ces variables sont analysées : caractéristiques sociodémographiques, âge de l'enfant au moment de la première prescription, la personne ayant fait cette demande, caractéristiques du placement actuel des enfants médicamenteux (type d'hébergement).

Grille d'évaluation de l'axe psychosocial de la Classification multiaxiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (Poustka, 1990; traduction française de Laurier & Lafortune, 2003). Cet instrument permet de préciser les stressors psychosociaux auxquels les enfants ont été exposés avant leur placement. Il s'agit d'une grille développée à partir du glossaire de l'Axe Psychosocial de la Classification multiaxiale (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Les catégories suivantes sont évaluées par l'assistant de recherche, à partir des informations notées dans les dossiers; (1) *conditions de vie qui créent une situation psychosociale à risque*, (2) *trouble mental ou déviance dans l'entourage immédiat de l'enfant*, (3) *surveillance parentale inadéquate*, (4) *privation d'expériences*, (5) *abus physique*, (6) *abus sexuel intrafamilial*, (7) *abus sexuel extrafamilial*, (8) *expérience personnelle effrayante*, (9) *perte de la relation avec un*

parent, (10) retrait du foyer familial, suite à des problèmes sociaux (11) discorde familiale entre les adultes. Les catégories suivantes sont exclues, puisque la probabilité d'obtenir ces informations dans les dossiers s'avère plus faible et qu'elles ne sont pas visées par les objectifs de l'étude: *manque de chaleur affective dans la relation parent-enfant, hostilité envers un enfant désigné comme bouc émissaire, incapacité dans la fratrie, pressions parentales inappropriées, situation parentale anormale, famille isolée, modèle altéré de relations familiales, événements entraînant la perte de l'estime de soi, stress sociaux, stress lié au milieu scolaire.*

À la lecture du dossier de l'enfant, pour chacune des catégories, l'assistant de recherche effectue la cotation à l'aide d'indicateurs opérationnels. Il choisit le seuil («clinique» ou «limite») qui décrit le mieux la situation de l'enfant, selon la sévérité de l'expérience traumatique et sa chronicité. Le seuil «non présent» indique que la situation psychosociale de l'enfant s'inscrit dans la normalité.

Par exemple, pour la catégorie «privation d'expériences», le niveau 2 (seuil clinique) correspond à «l'enfant souffre d'un manque flagrant de communication et d'activités ludiques avec les parents **et/ou** il y a un manque d'expériences et d'activités à l'extérieur de la famille **et/ou** il y a une limitation notable d'occasions d'être en contact avec d'autres personnes ou d'explorer son environnement **et/ou** il y a un manque de jouets. **Au moins deux** des critères précédents s'appliquent, ou bien il y a un manque particulièrement sévère dans un secteur». Le niveau 1 (seuil limite) équivaut à «des carences sur le plan de la conversation et de l'apprentissage, des limitations importantes et significatives ou un manque de jouets s'appliquent, mais pas

à un niveau significatif» et le niveau 0 (non présent) réfère à «aucun problème ou difficulté dans ce secteur de vie».

La fidélité interjuge de cet instrument s'avère satisfaisante (coefficients de kappa entre 0,63 et 1,00) et sa validité discriminante a été démontrée (Van Goor-Lambo, Orley, Poustka, & Rutter, 1994). La fidélité interjuge pour notre étude utilisant la version française a également été vérifiée (coefficient de kappa de 0,87), en procédant à une double cotation sur 20% de l'échantillon.

Calendrier biographique ou «Life history Calendar» (Martyn & Belli, 2002). Cet instrument est utilisé afin d'analyser les informations colligées dans les dossiers cliniques concernant l'historique des mesures d'hébergement. Il est rempli par un assistant de recherche. Il permet de préciser les caractéristiques du premier et du dernier placement, de même que les changements de milieux de vie. Plus précisément, il documente les données relatives à l'âge de l'enfant au moment des placements, les motifs, le nombre de placements et leur durée.

Il s'agit d'un instrument couramment utilisé pour recueillir des données rétrospectives (Caspi, Moffitt, Thornton, Freedman, Amell, Harrington, Smeijers, & Silva, 1996). Les recherches ayant employé cette méthode démontrent une bonne fidélité interjuge (coefficients de kappa = 0,56-0,79). Dans le cadre de cette étude, les données recueillies par l'auteure de l'étude et par l'assistante de recherche ont été comparées pour 20% de l'échantillon total. Le coefficient de kappa de fidélité interjuge était de 0,90.

Stratégie d'analyse

Les caractéristiques des enfants ont d'abord été comparées en fonction du traitement reçu (non médicamentés, monomédicamentés et polymédicamentés) et du sexe de l'enfant. Étant donné que les distinctions entre les enfants monomédicamentés et polymédicamentés ne se sont pas significatives pour la plupart des variables étudiées, les analyses statistiques ainsi que les résultats sont présentés en fonction des deux groupes (médicamentés et non médicamentés). Les caractéristiques liées spécifiquement aux jeunes polymédicamentés et au genre sont précisées, de même que les analyses effectuées, lorsque des différences sont significatives.

Au plan sociodémographique, pour l'ensemble de l'échantillon et chacun des groupes (non médicamentés et médicamentés), une description des données a été effectuée en termes de fréquence et de pourcentage (n (%)) pour la variable «sexe» et en termes de fréquence, de moyenne et d'écart-type ($(n) M \pm \text{ÉT}$) pour l'«âge actuel de l'enfant». Une analyse du chi carré a été réalisée afin de comparer la prévalence de la médication entre les garçons et les filles. Un test T de Student a été effectué afin de comparer «l'âge actuel de l'enfant» entre les groupes monomédicamentés et polymédicamentés.

Au plan médical, la fréquence, la moyenne et l'écart-type ont été calculés pour la variable «âge de l'enfant au moment de la première prescription». Un test T de Student a été effectué afin de comparer les groupes monomédicamentés et polymédicamentés à ce niveau.

Le statut de la personne qui a initié la demande de médication a été décrit en termes de fréquence et de pourcentage (n (%)).

Les sujets médicamenteux ont été comparés aux non médicamenteux à l'aide d'un test T sous l'angle de l'«âge au moment du placement actuel» et d'un test U de Mann Withney sur le «nombre de mois passés dans la ressource actuelle».

En ce qui concerne les caractéristiques du placement actuel, ces variables ont été décrites ((*n* (%)) : type de ressource d'hébergement (foyer de groupe ou centre de réadaptation), motifs du placement (abus physique, abus sexuel, négligence, troubles de comportement). Des tests du chi carré ont été effectués afin de comparer les taux de prescription en foyer de groupe et en centre de réadaptation, ainsi que les motifs de placements des jeunes médicamenteux ou non.

Par rapport aux caractéristiques du tout premier placement, «l'âge au moment du premier placement» a été décrit (((*n*) $M \pm \text{ÉT}$). Les groupes médicamenteux et non médicamenteux ont été comparés à l'aide de test T de Student, de même les sujets médicamenteux avec une molécule et ceux en prenant plus d'une.

Le «motif du premier placement» (abus physique, abus sexuel, négligence, troubles de comportement) a été décrit ((*n* (%)) et des tests du chi carré ont été réalisés (médicamenteux versus non médicamenteux).

Pour évaluer la stabilité du placement, le nombre de déplacements a été calculé ((*n*) $M \pm \text{ÉT}$) et les participants médicamenteux et non médicamenteux ont été comparés à l'aide de test T de Student.

Enfin, la fréquence et le pourcentage des stressors psychosociaux auxquels ont été exposés les enfants ont été calculés et des analyses du chi carré ont été réalisées. Une analyse de variance à deux facteurs intersujets, soit groupe (monomédicamenteux,

polymédicamentés et non médicamenteux) par sexe a également été effectuée, mais les différences ne se sont pas révélées significatives.

Résultats

Prévalence de la prescription

Tel que révélé dans le chapitre 2, la proportion d'enfants ayant une prescription de médicaments psychotropes dans l'échantillon s'élève à 70,3% ($n = 71$) [IC 95% : 60%-80%]. Il s'agit le plus souvent de psychostimulants (65(92,86% des jeunes médicamenteux)), d'antipsychotiques atypiques (36(51,42%)), d'agonistes alpha adrénergiques (13(18,57%)) et d'antidépresseurs (11,43%). Parmi les jeunes qui prennent des médicaments, la majorité (50 (70,42%)) reçoit une polyprescription, impliquant de 2 à 5 médicaments.

Les caractéristiques sociodémographiques, médicales et liées à la prise en charge actuelle

Dans l'ensemble, 28,71% ($n = 29$) des enfants de l'échantillon sont des filles et 71,29% ($n = 72$) sont des garçons. Une analyse du chi carré démontre que la différence entre la prévalence de la médication chez les garçons (54 (76,95%)) et celle des filles (18 (25,35%)) n'est pas significative ($\chi^2(1) = 1,69; p = 0,19$).

Les enfants sont en moyenne âgés de 10 ans. Il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen des enfants avec une prescription (70 ($10,07 \pm 1,88$)) ou non (29 ($10,17 \pm 1,36$)) ($t(97) = 0,26, p = 0,79$). Par contre, les résultats du test T indiquent que ceux recevant une polyprescription sont plus jeunes que ceux qui reçoivent une seule ordonnance (50 ($9,82 \pm 1,96$)) ($t(67) = 2,21, p = 0,03$).

Les enfants ont reçu leur première médication en moyenne à l'âge de 7 ans ((40) $6,82 \pm 2,09$). Les enfants polymédicamentés ont reçu leur première prescription à un plus jeune âge ((28) $6,11 \pm 1,62$) que les enfants recevant une seule médication ((11) $8,73 \pm 2,10$) ($t(37) = 4,18, p = 0,001$).

Le plus souvent, la demande de médication a été formulée par les parents ou les éducateurs. Plus précisément, dans les 48 cas où l'information est disponible, la demande a été faite 16 fois (33,33%) par les parents, 13 fois (27,08%) par l'éducateur et 7 fois (14,58%) par un professionnel de la santé. Pour 6 enfants (12,50%), la demande a été formulée par un délégué de la DPJ et pour trois sujets (6,25%), par un enseignant. Enfin, pour trois enfants (6,25%), elle a été suggérée par un intervenant psychosocial hors du milieu scolaire.

Au moment de la collecte de données, le résultat médian indique que les enfants sont placés dans la ressource depuis 9 mois (de 1 à 87 mois) ($n = 84$). Selon les résultats du test U de Mann Whitney, il n'existe pas de différence significative sur ce plan entre les enfants médicamenteux (avec une ou plusieurs molécules) (rang moyen = 44,48) ($n = 61$) et non médicamenteux (rang moyen = 37,26) ($n = 23$) ((82) $z = 1,21, p = 0,22$).

Par ailleurs, l'âge moyen auquel les enfants médicamenteux (avec une ou plusieurs molécules) ont été placés dans le milieu d'hébergement actuel ((60) $9,12 \pm 1,89$) est significativement inférieur à celui des enfants non médicamenteux ((21) $10,19 \pm 1,50$) ($t(79) = 2,37, p = 0,02$).

Caractéristiques du placement actuel (type de ressource d'hébergement, motifs de placement)

Concernant le milieu d'hébergement, dans l'échantillon total ($n = 101$), les enfants proviennent majoritairement des foyers de groupe (68 (67,33%)), les autres étant en centres de réadaptation (33 (32,67%)). Une analyse du chi carré montre que les taux de prescription y sont comparables (46 (67,65%)) versus (25 (75,76%)) ($\chi^2(1) = 0,70, p = 0,49$). Le type de milieu d'hébergement ne semble donc pas associé à la prescription de médicament psychotrope.

Selon les résultats de l'analyse du chi carré présenté au tableau 1, les motifs de compromission ayant mené au placement actuel sont le plus souvent les troubles de comportement et la négligence, peu importe que l'enfant soit médicamenteux ou non.

Tableau 1. *Motifs de placement dans la ressource actuelle (fréquence et pourcentage) selon le groupe d'appartenance (n = 101)*

Variable	Fréquence et pourcentage			dl	x ²	p
	Échantillon	Groupe non	Groupe			
	total	médicamenté	médicamenté			
	(n = 101)	(n = 30)	(n = 71)			
<i>n</i> disponible ^a	(n = 60)	(n = 16)	(n = 44)			
Troubles de comportement	42 (70,00)	12 (75,00)	30 (68,19)	1	0,72	0,69
Négligence	31 (51,67)	8 (50,00)	23 (52,27)	1	0,25	0,88
Abus physique	4 (6,67)	2 (12,50)	2 (4,55)	1	1,47	0,48

Note. * $p < 0,05$

^a*n* disponible : le nombre d'enfants pour lesquels le motif de placement est disponible.

Caractéristiques du premier placement (âge et motifs de compromission)

Le premier placement a été vécu en moyenne à l'âge de 6,37 ans pour l'ensemble des enfants ((86) 6,37 ± 3,16). L'analyse du test T révèle que les enfants polymédicamentés auraient connu leur tout premier placement à un plus jeune âge ((43) 5,6 ans ± 3,01), comparativement aux enfants recevant un seul médicament ((19) 7,26 ans ± 2,56) ($t(60) = 2,09, p = 0,04$). Par rapport aux jeunes qui n'en reçoivent pas, il s'agit d'une tendance ((24) 7,04 ± 3,59) ($t(65) = 1,75, p = 0,09$).

Le motif du premier placement était disponible pour 62 enfants médicamenteux et 20 sujets non médicamenteux. Il s'explique le plus souvent par la négligence parentale, tant chez les jeunes médicamenteux (49 (79,03%)) que les autres (18 (90%))

($\chi^2(1) = 1,08, p = 0,30$). Quant au trouble du comportement, il est associé au premier placement chez 30,65% ($n = 19$) des enfants médicamentés et chez 15,00% ($n = 3$) des non médicamentés ($\chi^2(1) = 2,85, p = 0,09$). L'abus physique constitue le motif du premier placement chez 12,90% ($n = 8$) des enfants médicamentés et 5,00% ($n = 1$) des enfants non médicamentés ($\chi^2(1) = 1,32, p = 0,25$).

L'instabilité du placement

Plusieurs enfants pris en charge par les Centres jeunesse ont connu au cours de leur vie plus d'un milieu de placement. Dans notre échantillon, les enfants ont vécu 3,3 déplacements en moyenne. Le nombre de milieux de placement est comparable entre le groupe médicamenté ((57) ($3,33 \pm 2,91$)) et non médicamenté ((26) ($3,31 \pm 3,48$)) ($t(81) = 0,04, p = 0,97$).³

Les stressseurs psychosociaux

Dans leur milieu familial d'origine, les enfants médicamentés et non médicamentés ont été confrontés à un cumul de stressseurs psychosociaux comparable (non médicamentés ((24) ($3,20 \pm 1,72$)), médicamentés ((72) ($2,97 \pm 2,06$)) ($t(94) = 0,51, p = 0,61$) (tableau 2). Les résultats de l'analyse de variance démontrent qu'ils ont été exposés à des types de stressseurs psychosociaux similaires, qu'il s'agisse de garçons ou de filles, d'enfants monomédicamentés ou polymédicamentés. Les résultats présentés dans la section suivante sont donc ceux qui proviennent de la comparaison des enfants médicamentés et non médicamentés, à l'aide d'analyses du chi carré.

³ Ces déplacements d'un milieu d'hébergement à un autre peuvent s'expliquer notamment par la présence de trouble de comportement chez l'enfant, par des incapacités liées à la famille d'accueil ou par le retour de l'enfant dans sa famille d'origine.

Les résultats indiquent que deux variables les distinguent, soit le retrait plus précoce de la famille d'origine et l'exposition à des conflits conjugaux («discorde familiale») (tableau 2). Ainsi, la proportion d'enfants médicamentés retirés de leur milieu familial avant l'âge de 6 ans («retrait du foyer familial avant l'âge de 6 ans, suite à des problèmes sociaux») est plus grande que celle des enfants non médicamentés ayant vécu cette situation. Par contre, la prévalence d'enfants ayant été exposés à la discorde familiale est plus importante chez les enfants non médicamentés (16(88,89%)), comparativement aux autres (26(54,17%)) (tableau 2).

Par ailleurs, tant chez les sujets médicamentés que non médicamentés, les résultats présentés au tableau 2 indiquent que plusieurs parents rencontraient des difficultés financières sévères au moment du signalement, ce qui engendrait des situations de précarité chez l'enfant (pauvreté, logement précaire, manque d'espace pour les enfants) («conditions de vie qui créent une situation psychosociale à risque»). Également, près de la moitié des parents souffraient de «trouble mental et/ou de problèmes de toxicomanie» ayant des répercussions directes sur l'enfant, puisque leur rôle parental ne pouvait être pleinement assumé. Des lacunes importantes au niveau de la «surveillance parentale» (i.e. manque de supervision de l'enfant, manque de soin) étaient rapportées dans les dossiers, de même que des carences sur le plan de la communication et des apprentissages de l'enfant engendrées, par de la sous-stimulation («privation d'expérience»). De plus, on note qu'au moins un enfant sur deux, médicamenté ou non, n'a plus de contact avec l'un de ses parents depuis au moins 6 mois.

Sous l'angle des antécédents d'abus, toujours au tableau 2, il s'avère que 30,5% ($n = 18$) des enfants médicamentés et 17,65% ($n = 3$) des enfants non médicamentés ont été victimes d'abus physique. La victimisation sexuelle intrafamiliale ou extrafamiliale touche 14,89% ($n = 7$) des enfants médicamentés et 10,53% ($n = 2$) des enfants non médicamentés. De plus, 32,08% ($n = 17$) des enfants médicamentés et 22,22% ($n = 4$) des enfants non médicamentés ont vécu une «expérience personnelle effrayante», soit le fait d'avoir été menacé sérieusement dans leur intégrité physique, d'avoir été impliqué dans une catastrophe naturelle ou témoin d'un acte de violence subi par un proche.

Tableau 2. Fréquence et pourcentage des stresseurs psychosociaux par groupe d'appartenance ($n = 101$)

Variables (n disponible) ^a	Seuil	Nombre et pourcentage			df	χ^2	p
		Échantillon total ($n = 101$)	Groupe médicamenté ($n = 71$)	Groupe non médicamenté ($n = 30$)			
Retrait du foyer familial, suite à des problèmes sociaux ($n = 90$)	Clinique ^b	40 (44,44)	34 (50,74)	6 (26,1)	2	8,82	0,01**
	Limite	39 (43,33)	23 (34,33)	16 (69,57)			
	Non présent	11 (12,22)	10 (14,92)	1 (4,35)			
Discorde familiale ($n = 66$)	Clinique	42 (63,64)	26 (54,17)	16 (88,99)	2	6,88	0,03**
	Limite	9 (13,64)	8 (16,67)	1 (5,56)			
	Non présent	15 (22,73)	14 (29,17)	1 (5,56)			
Conditions de vie qui créent une situation psychosociale à risque ($n = 86$)	Clinique	42 (48,84)	28 (43,75)	14 (63,6)	2	0,42	0,12
	Limite	23 (26,74)	17 (26,56)	6 (27,27)			
	Non présent	21 (24,42)	19 (29,17)	2 (9,09)			
Trouble mental chez un parent ($n = 76$)	Clinique	51 (67,11%)	35 (62,50%)	16 (80,00%)	2	2,53	0,28
	Limite	11 (14,47%)	10 (17,86%)	1 (5,00%)			
	Non présent	14 (18,42%)	11 (19,64%)	3 (15,00%)			
Surveillance parentale inadéquate ($n = 72$)	Clinique	45 (62,50%)	31 (62,00%)	14 (63,64%)	2	0,66	0,97
	Limite	11 (15,28%)	8 (16,00%)	3 (13,64%)			
	Non présent	16 (22,22%)	11 (22,00%)	5 (22,73%)			
Privation d'expérience ($n = 70$)	Clinique	26 (37,14%)	17 (34,00%)	9 (45,00%)	2	2,38	0,30
	Limite	13 (18,57%)	8 (16,00%)	5 (25,00%)			
	Non présent	31 (44,29%)	25 (50,00%)	6 (30,00%)			

Abus physique (<i>n</i> = 76)	Clinique	21 (27,63%)	18 (30,51%)	3 (17,65%)	2	1,48	0,48
	Limite	9 (11,84%)	6 (10,17%)	3 (17,65%)			
	Non présent	46 (60,53%)	35 (59,32%)	11 (64,71%)			
Abus sexuel intrafamilial (<i>n</i> = 66)	Clinique	9 (13,64%)	7 (14,9%)	2 (10,53%)	2	0,27	0,86
	Limite	4 (6,06%)	3 (6,38%)	1 (5,26%)			
	Non présent	53 (80,30%)	37 (78,72%)	16 (84,21%)			
Abus sexuel extrafamilial (<i>n</i> = 66)	Clinique	4 (6,06%)	3 (6,25%)	1 (5,56%)	2	0,01	0,93
	Limite	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)			
	Non présent	62 (93,94%)	45 (93,75%)	17 (94,44%)			
Expérience personnelle effrayante (<i>n</i> = 71)	Clinique	21 (29,58%)	17 (32,08%)	4 (22,22%)	2	0,73	0,69
	Limite	6 (8,45%)	4 (7,55%)	2 (11,11%)			
	Non présent	44 (62,97%)	32 (60,38%)	12 (66,66%)			
Perte de la relation avec un parent (<i>n</i> = 89)	Clinique	55 (61,80%)	39 (59,09%)	16 (69,57%)	2	0,79	0,67
	Limite	5 (5,62%)	4 (6,06%)	1 (4,35%)			
	Non présent	29 (32,58%)	23 (34,85%)	6 (26,09%)			

Note. ** $p < 0,01$

^a Pour cette variable, le seuil clinique réfère à un retrait du milieu familial avant l'âge de 6 ans.

^b Le nombre de sujets varie entre 66 et 90, dépendamment des données manquantes.

Bref, les enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes se distinguent des enfants non médicamentés à quatre niveaux ; a) les enfants polymédicamentés sont plus jeunes que les autres, b) les enfants médicamentés (avec une ou plusieurs prescriptions) ont été placés à un plus jeune âge dans la ressource actuelle, c) ils ont plus souvent été retirés de leur milieu familial avant l'âge de 6 ans et d) ils ont été exposés à moins de discordes familiales.

Discussion

Prévalence et médication prescrite

Tel que révélé au chapitre 2, la prévalence de la prescription de médicaments psychotropes dans notre échantillon s'élève à 70,3%. Le plus souvent, il s'agit de psychostimulants et d'antipsychotiques atypiques, des médicaments habituellement prescrits pour favoriser l'attention et contenir les agirs hyperactifs, impulsifs ou agressifs (Lafortune et al., 2004; Newcorn & Ivanov, 2007; Papadopoulos, MacIntyre, Crismon, Findlin, Malone, Derivan et al., 2005; Reyes, Buitelaar, Toren, Augustyns, & Eedekens, 2006). Le taux de prescription observé dans notre échantillon compte parmi les plus élevés ayant été rapportés dans des études antérieures. Tel que discuté au chapitre 2, il équivaut à ceux des études de Connor et al. (1998) et de Brelan-Noble et al. (2004), dans des échantillons où la moyenne d'âge était de 13 et 14 ans. Il est très supérieur à la prévalence de 13% observée auprès d'échantillons d'enfants placés du même groupe d'âge (Raghavan et al., 2005; Zima et al., 1999).

Par ailleurs, au Québec, contrairement à ce qui a été observé aux États-Unis par Brelan-Noble et al. (2004) et Zima et al. (1999), la prévalence des prescriptions en foyer de groupe (67,65%) n'est pas supérieure à celle des centres de réadaptation

(75,76%). La proportion est par ailleurs un peu plus élevée en centre de réadaptation, ce qui pourrait s'expliquer par la sévérité des psychopathologies habituellement observée chez les jeunes placés en milieu institutionnel.

Portrait sociodémographique et anamnestique

Concernant les données sociodémographiques, peu de différences significatives ont été obtenues. Les enfants traités avec une molécule sont âgés en moyenne de 10 ans et ceux en recevant plusieurs sont plus jeunes ($M = 9,82$). Un peu plus de garçons que de filles prennent des médicaments psychotropes, ce qui avait aussi été le cas dans l'étude de Ferguson et al. (2006) et de Raghavan et al. (2010), bien que la différence ne s'avère pas significative au plan statistique. L'introduction d'une première molécule a été effectuée à un plus jeune âge chez les enfants polymédicamentés, ce qui peut indiquer une apparition plus précoce des symptômes.

Le retrait de la famille avant l'âge de 6 ans distingue les enfants médicamentés des non médicamentés. La proportion d'enfants qui ont connu au moins un changement de milieu d'hébergement avant l'âge de 6 ans est donc plus importante chez ceux recevant une psychopharmacothérapie. Les enfants polymédicamentés ont été placés à un âge plus précoce, soit en moyenne à 5,9 ans. De plus, ceux qui reçoivent un ou plusieurs médicaments ont été placés dans la ressource actuelle plus tôt dans leur vie, comparativement aux jeunes non médicamentés (9 ans versus 10 ans). Dans les Centres jeunesse du Québec, Lafortune et al. (2004) ont déjà constaté que le jeune âge au moment du premier placement est corrélé au recours à la médication.

Le fait d'avoir connu de l'instabilité en bas âge au niveau des milieux de vie entraîne des conséquences sur le développement des psychopathologies et celles-ci

peuvent par la suite mener à une thérapie médicamenteuse. Néanmoins, les résultats d'études concernant l'effet des déplacements se contredisent. Selon Zima et al. (1999), l'instabilité du placement n'aurait pas d'impact sur les symptômes de l'enfant. Toutefois, d'autres auteurs observent qu'un grand nombre de déplacements engendre des difficultés au plan de la régulation émotionnelle et des relations d'attachement, surtout lorsque l'enfant a déjà des antécédents de négligence ou d'abandon (Lewis, Dozier, Ackerman, & Sepulveda-Kozakowski, 2007; Ryan & Testa, 2005). Enfin, d'autres concluent que les symptômes de l'enfant peuvent contribuer aux déplacements (Batthi-Sinclair & Sutcliffe, 2012; DuRoss, Fallon, Black, & Allan, 2010).

Au plan anamnestique, les enfants médicamentés et non médicamentés ne se distinguent pas au niveau des types de stressors psychosociaux vécus dans leur famille d'origine. Les uns et les autres ont été confrontés à des situations de négligence, d'abandon et de carence dans une proportion similaire, ce qui corrobore les résultats de Raghavan et al. (2010). Les difficultés financières dans la famille, une surveillance parentale inadéquate, la sous-stimulation ainsi que la présence d'un parent souffrant de trouble mental ou de toxicomanie sont aussi fréquentes dans l'un et l'autre des groupes d'enfants. Ce résultat rappelle celui de Connor & McLaughlin (2005) qui constataient qu'au moment de l'admission en centre de réadaptation, les jeunes médicamentés et non médicamentés ont une histoire de vie similaire, très souvent caractérisée par de la violence parentale et la consommation de drogue par les parents. S'appuyant sur ces résultats, il est possible d'avancer que la prescription de médicaments est plus associée aux symptômes et diagnostics présentés par les jeunes, qu'à des éléments traumatiques spécifiques. Nos résultats ne correspondent toutefois pas à ceux de Raghavan et al.

(2005), puisque ceux-ci avaient remarqué que les enfants médicamenteux ont plus souvent été victimes de sévices physiques. Dans notre étude, bien que la différence ne soit statistiquement significative, il a tout de même été noté que des antécédents d'abus physiques ont été relevés chez 30,5% des enfants prenant des médicaments (comparativement à 17,6% chez les autres participants).

Les stressés psychosociaux risquent d'avoir été subis à un âge plus précoce chez les enfants médicamenteux, puisque leur premier placement a eu lieu plus tôt que celui des enfants non médicamenteux. Le fait d'avoir été confronté à un plus jeune âge à de tels stressés et à de l'instabilité au niveau du milieu de vie peut rendre les enfants plus susceptibles de présenter des psychopathologies et par conséquent, plus sujets à recevoir une médication psychotrope. Les placements en bas âge peuvent aussi constituer une menace sérieuse à la capacité d'établir une relation d'attachement sécurisée, de par la rupture de la relation avec les premières figures parentales (Charles & Matheson, 1990). De plus, les motifs liés à la décision de placement (ex. abus, négligence) représentent des obstacles majeurs à l'établissement d'une relation d'attachement sécurisée (Van Ijzendoorn, Scengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Ils peuvent également engendrer des conséquences délétères sur le développement du cerveau, l'auto-régulation émotionnelle et les capacités relationnelles (DeBillis, 2001; Perry, 2010; McCrory, DeBrito, & Viding, 2011; Schore, 2001). Les enfants placés présentent donc des facteurs de vulnérabilité susceptibles d'entraver le développement d'une relation d'attachement sécurisée et de favoriser certaines psychopathologies. Ces dernières pourraient par la suite augmenter la probabilité d'une prescription médicamenteuse.

Enfin, nos résultats révèlent qu'une plus grande proportion d'enfants a été témoins de discorde familiale parmi ceux qui ne prennent pas de médicaments. Ce résultat peut paraître surprenant compte tenu des séquelles associées à l'exposition à la violence conjugale, tels que le syndrome de stress post-traumatique, les problèmes intériorisés, l'hyperactivité et l'agressivité (Chan & Yeung, 2009; Evans, Davies, & DiLillo, 2008; Sternberg et al., 1993). La présence de facteurs de protection (ex. : l'estime de soi de l'enfant, la qualité de la relation d'attachement avec la mère, des conflits parentaux ne visant pas directement l'enfant, réseau social soutenant) (Fortin, Trabelsi, & Dupuis, 2002) pourrait toutefois éclairer sur ce résultat, s'il s'avérait que les enfants placés en ont bénéficié. Par ailleurs, l'exposition à la violence conjugale risque d'engendrer des effets plus délétères lorsqu'elle est vécue à l'âge préscolaire (Howell & Graham-Bermann, 2011; Lessard & Paradis, 2003). Considérant l'âge des enfants non médicamentés au moment du placement, il est possible qu'ils y aient été exposés plus tardivement et que par conséquent, les répercussions sur le plan psychopathologique aient pu être atténuées, quoique non négligeables.

Limites

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, la faible taille de l'échantillon, surtout celle du groupe des enfants non médicamentés, limite la puissance des analyses statistiques. Il faut toutefois signaler qu'au Québec, la population des enfants de 6-12 ans placés en foyers de groupe et en centres de réadaptation n'est pas si grande (N = 440). Compte tenu de la haute prévalence de la psychopharmacothérapie dans cette population spécifique, il s'avère difficile de constituer un échantillon plus important.

L'utilisation de données rétrospectives sur l'histoire de l'enfant compilées dans les dossiers de la Protection de la jeunesse comporte aussi ses limites. Bien que les rapports de la DPJ présentent une standardisation au niveau des informations qui doivent s'y trouver, considérant les changements auxquels les enfants sont confrontés, il reste possible que des informations sur leur histoire soient manquantes ou inexactes, puisque rapportées par un tiers. Une entrevue avec les parents ou l'adulte ayant été le plus présent dans la vie de l'enfant pourrait permettre d'obtenir une meilleure validité des résultats. De plus, il aurait été intéressant d'examiner non seulement les stressors vécus avant le placement, mais également ceux auxquels peuvent être exposés les enfants durant leur placement (ex. abandon d'un parent).

D'autres facteurs, s'ils avaient été mesurés, auraient permis de préciser davantage les résultats. Par exemple, concernant les stressors psychosociaux, il aurait été intéressant de mieux connaître le contexte périnatal (ex. consommation de la mère durant la grossesse ? contexte conjugal ?), la sévérité du trouble mental et des problèmes de toxicomanie présents chez les parents, ainsi que le niveau de fonctionnement global de ceux-ci. La mesure de ces aspects enrichirait certainement la compréhension des résultats. Des outils de mesure permettant de distinguer les impacts de l'exposition à la violence conjugale sur le développement des enfants en tenant compte notamment des facteurs de protection auraient aussi été pertinents. De même, une entrevue avec les parents aurait permis d'obtenir davantage d'information sur le contexte précédent le placement. D'ailleurs, il est à noter que ceci a été tenté, mais le nombre fut trop restreint pour en tirer des conclusions statistiques.

Enfin, il apparaît primordial d'étudier la prise de médication sous l'angle des symptômes et diagnostics psychopathologiques. En effet, une interprétation possible des résultats de l'étude est que les stressors psychosociaux vécus au plan familial à un âge précoce et l'instabilité des placements peuvent contribuer au développement des psychopathologies, pour lesquelles un médicament peut par la suite être prescrit. L'effet médiateur des symptômes serait donc à étudier, afin de mieux comprendre les relations entre histoire de vie, psychopathologie et traitement psychopharmacologique.

Références

- Association des Centres jeunesse du Québec (2009; 2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Attala, J.M., Bauza, K., Pratt, H., & Vieira, D. (1995). Integrative review of effects on children of witnessing domestic violence issues. *Comprehensive Pediatric Nursery, 18*, 163-172.
- Batthi-Sinclair, K., & Sutchill, C. (2012). What determines the out of home placement of children in the USA ? *Children and Youth Services Review, 34* (9), 1749-1745.
- Brelan-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Wagner, R.H., & Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatrics Services, 55* (6), 706-708.
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G.J. (1997). The effect of poverty on children. *Future Child, 7*, 55-71.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., & Landversk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 43* (8), 960-970.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J.W., Harrington, H., Smeijers, J., & Silva, P.A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6*, 101-114.

- Chan, Y.C., & Yeung, J.W.K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: a meta-analysis from 1995-2006. *Aggression and Violent Behavior, 14* (5), 313-322.
- Charles, G., & Matheson, J. (1990). Children in foster care: Issues of separation and attachment. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 2* (2), 37-49.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry, 56*, 96-118.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies, 7*(3), 283-296.
- Conger, R.D., Conger, K.J., & Elder, G.H. (1997). Family economic hardship and adolescent adjustment: mediating and moderating process. Dans G.J. Duncan, J. Brook-Gunn (dir.), *Consequence of growing up poor*. New York, United States: Russell Sage Foundations.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Harrison, R.J., & Melloni, R.H. (1998). Prevalence and patterns of psychotropics and anticonvulsivant medication in children and adolescents referred to residential treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 8* (1), 27-28.
- Connor, D.F., & McLaughlin, T.J. (2005). A naturalistic study of medication reduction in a residential treatment setting. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15* (2), 302-310.

- DeBellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy. *Development and Psychopathology, 13* (3), 539-564.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health, 91* (7), 1094-1099.
- DuRoss, C.R., Fallon, B., & Black, T. (2010). Group home and residential treatment placements in child welfare: Analyzing the 2003 Canadian incidence study of reported child abuse and neglect (CIS-2003). *Canada's Children, 16* (3), 67-76.
- Evans, S.E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13* (2), 131-140.
- Ferguson, D., Glesener, D., & Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16*(4), 474-481.
- Fortin, A., Trabelsi, & Dupuis, F. (2002). *Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection*. Document synthèse, Montréal, Canada : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Garland, A.F., Hough, R.L., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., & Aarons, G.A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 40* (4), 409-418.

- Heflinger, C.A., Simpkins, C.G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review, 22* (1), 55-73.
- Howell, K.H., & Graham-Bermann, S.A. (2011). The multiple impacts of intimate partner violence on preschool children. Dans: S.A. Graham-Bermann & A.A. Levendosky (dir.), *How intimate partner violence affects children. Developmental research, case studies and evidence-based intervention*. Washington, United States: American Psychological Association.
- Hussey, D.L., & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare, 84* (4), 485-506.
- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment on school-aged children's socioemotional development: Assessments in a day camp setting. *Developmental Psychopathology, 25*, 516-524.
- Lafortune, D., & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : Prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie canadienne, 47*, 155-169.
- Lafortune D., Laurier, C., Collin, J. (2005). Prevalence and patterns of psychotropic medication in youths residing in rehabilitation centers in Montreal. Resoumis après modifications à *International Journal of Forensic Mental Health Journal*.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation, 33* (1), 157-176.

- Leslie, L.K., Raghavan, R., Zhang, J., & Aarons, G.A. (2010). Rates of psychotropic medication use over time among youth in child welfare/child protective services. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20 (2), 135-143.
- Lessard, G., & Paradis, F. (2003). *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*. Québec, Canada : Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology*, 43, 1415–1427.
- Martyn K.K., & Belli R.F. (2002). Data retrospective collection using life history calendar. *Nursing research*, 51 (4), 270-274.
- Martin, A., VanHoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut medicaid managed care. *Psychiatric Services*, 54 (1), 72-77.
- McCrorry, E., DeBrito, S.A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 1-14.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. 79 p.

- Newcorn, J.H., & Ivanov, I. (2007). Psychopharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behaviour disorders. *Pediatric Annals*, 36 (9), 564-574.
- Papadopoulos, E., Macintyre, J.C., Crismon, M.L., Findling, R.L., Malone, R.P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S.B., Felton, C.J., Kranzler, H., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S.E., & Jensen, P.S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 145-161.
- Perry, B.D. (2010). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. Dans: Beauchaine, T.P., & Hinshaw, S.P. *Child and Adolescent and Psychopathology* (p.96-128). Wiley & Sons Inc, New Jersey, United States.
- Poustka, F. (1990). *Entrevue parentale pour l'Axe 5 de la classification multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent, Association de situations psychosociales problématiques*. Glossaire de l'Axe Psychosocial de la Classification multiaxiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent.
- Raghavan, R. Lama, G., Kohl P., & Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15 (2), 121-131.
- Raghavan, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability

sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 97-106.

Reyes, M., Buitelaar, J.Toren, P., Augustyns, I., & Eerdeken, M. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163 (3), 402-410.

Ryan, J.P., & Testa, M.F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27, 227 - 249.

Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1), 201-269.

Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.L., Malone, R.E., Crismon, M.L., & Drivan, A. (2003) Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 132-144.

Stambaugh, L.F., Leslie, L.K., Ringeisen, H., Smith, K. & Hodgkin, D. (2012). Psychotropic medication use by children in child welfare. OPRE report # 2012-33. Washington DC : Office of planning, research and evaluation, administration for children and families. US Department of Health and Human Services.

Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R.M., Krispin, P., & Lorey, F. (1993). Effect of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.

- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11* (2), 225-249.
- Wolkind, S. (1991). Child placement: driven by beliefs rather than research. *British Medical Journal, 303*, 483-494.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999). Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 9* (3), 135-147.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. E, Thomas, D., Coombes, R, Dubowski, M., & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics, 121*, 57-63.

Chapitre 4, Quatrième article : Le recours à la psychopharmacothérapie en Centre jeunesse : Portrait psychopathologique des enfants placés et perception du traitement par les éducateurs.

Julie Desjardins, Denis Lafortune et Francine Cyr

Résumé

Cet article cible le portrait psychopathologique des enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes, soit leurs diagnostics, leurs symptômes et leur niveau de fonctionnement global. Il s'intéresse également aux connaissances et aux perceptions des éducateurs sur la psychopharmacothérapie. Des enfants médicamentés ($n = 71$) ont été comparés à des sujets non médicamentés ($n = 30$). Ils ont été interrogés, de même que leurs éducateurs. Une analyse du dossier a aussi été effectuée. Les résultats révèlent que les enfants médicamentés avec un ou plusieurs médicaments, garçons et filles, comparativement aux autres, ont plus souvent un diagnostic de trouble mental inscrit à leur dossier ($p < 0,05$). Selon la perception des éducateurs, ils présentent davantage de problèmes d'attention, de difficultés au plan des habiletés sociales, de comportements agressifs, de symptômes anxieux, dépressifs, de problèmes de la pensée et de symptômes de stress post-traumatique ($p < 0,05$). Leur fonctionnement dans leur milieu de vie est plus détérioré que celui des enfants non médicamentés ($p < 0,05$). Leur humeur, leur pensée et leur comportement envers les autres sont également plus perturbés que ceux des autres ($p < 0,05$). Par ailleurs, à partir de données autorévélees, aucune distinction ne peut être établie entre les enfants médicamentés et non médicamentés, puisque les uns et les autres rapportent un niveau comparable de symptômes et de signes diagnostiques. Enfin, les résultats indiquent que les symptômes de stress post-traumatique et l'opinion favorable des éducateurs sur la pharmacothérapie constituent des prédicteurs significatifs de la probabilité que le recours à un traitement médicamenteux soit maintenu.

Abstract

This article aimed to target the psychopathology portrait of children receiving psychotropic medication, and to clarify their overall level of functioning. It also focuses on educators' knowledge and perceptions of psychopharmacotherapy. A group of medicated children ($n = 71$) was compared to a group of non-medicated children ($n = 30$). Children and their educators were interviewed, and an analysis of the youths' files was also performed. The results showed that medicated boys and girls taking one or more medications had a mental disorder diagnosis recorded in their files more often than non-medicated children ($p < .05$). As perceived by educators, these children had more attention problems, social skill difficulties, aggressive behaviors, anxiety and depression symptoms, thought problems and post-traumatic stress symptoms ($p < .05$). Their functioning in their environment was also more disturbed in comparison to non-medicated children ($p < .05$), as was their mood, thoughts and behaviors towards others ($p < .05$). However, according to self-report data, no distinction can be made between medicated and non-medicated children, since both groups reported comparable levels of symptoms and diagnostic signs. Finally, the results indicate that educators' level of knowledge about pharmacological treatment is low, and that their opinion on the subject is generally neutral. The logistic regression model showed that post-traumatic stress symptoms and educators' favorable opinion concerning pharmacotherapy are significant predictors of the probability of medication use.

La prescription de médicaments psychotropes visant à traiter des psychopathologies infantiles a connu un important essor au cours des quarante dernières années. Les taux de prescription ont augmenté considérablement et ce, tant dans les cliniques pédiatriques et les écoles que dans les milieux institutionnels. Par exemple, aux États-Unis, la prévalence de consommation de médicaments psychotropes chez les jeunes de la population générale a augmenté de 250%, entre 1987 et 1996 (Zito, Safer, DosReis, Gardner, Magder, & Soeken, 2003). Les jeunes pris en charge par l'État font partie des populations parmi lesquelles les pharmacoprescriptions sont les plus répandues. En effet, les taux y sont généralement de deux à trois fois plus élevés que dans le reste de la population, puisqu'ils oscillent entre 13% et 77% (Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner, & Burns; 2004; Connor, Ozbayrak, Harrison, & Melloni, 1998; Martin, VanHoof, Stubbe, Sherwin, & Scahill, 2003; Raghavan, Zima, Andersen, Leibowitz, Schuster, & Landsverk, 2005; Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes, Dubowski, & Mendez-Lewis, 2008). Cette importante variabilité peut s'expliquer par la composition de l'échantillon, le tableau clinique des enfants et les pratiques de prescription qui peuvent différer d'une région à l'autre (Zito et al., 2008; Raghavan, Lama, Kohl, & Hamilton, 2010).

Les taux de pharmacoprescriptions les plus élevés se retrouvent dans les échantillons d'enfants hébergés hors d'un milieu familial (foyer de groupe et centre de réadaptation) (Brelan-Noble et al., 2004; MSSS, 2007; Raghavan et al., 2005; Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman, & Belin, 1999a). Au Québec, la prévalence s'élève à 67% chez les enfants placés dans ces ressources (MSSS, 2007). Néanmoins, à notre

connaissance, aucune recherche n'a encore tenté de décrire leur portrait psychopathologique.

Symptômes, psychopathologies et pharmacoprescriptions chez les enfants pris en charge par l'État

De façon générale, le profil psychopathologique des enfants faisant l'objet d'un placement est caractérisé par de nombreuses problématiques. Ces jeunes, souvent confrontés à des expériences traumatiques et à des changements de milieu de vie, sont enclins à développer des troubles tant intériorisés qu'extériorisés. Selon des recherches épidémiologiques réalisées au cours des vingt dernières années, entre 20% à 80% d'entre eux présentent de sérieux problèmes émotionnels et comportementaux. Les jeunes hébergés en institution présentent généralement plus de symptômes que ceux placés en famille d'accueil (Burns, Philipps, Wagner, Barth, Kolko, Campbell, & Landversk, 2004; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; DosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001; Farmer, Burns, Chapman, Phillips, Angold, & Costello, 2001; Landsverk, Garland, & Leslie, 2002; Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth, & Slymen, 2004; Minnis, Pelosi, Knapp, & Dunn, 2001; Scholte, 1997; Zima, Bussing, Yang, & Belin, 2000).

DosReis et al. (2001), à partir d'un échantillon regroupant des jeunes de 0 à 19 ans, ont comparé ceux des services de protection (suivis dans leur milieu familial d'origine, placés ou adoptés) à ceux de la population générale en regard des diagnostics et de la médication prescrite. Ils constatent que le TDAH et la dépression sont deux fois plus fréquents chez les premiers, que le trouble de l'adaptation l'est dix fois plus et qu'en général, ces troubles sont associés à la prescription de médicament. Selon Connor

et al. (1998), les troubles psychotiques, bipolaires et toutes les conditions impliquant de la comorbidité sont corrélés à la prescription de médicaments psychotropes, principalement de neuroleptiques, chez les sujets de 5 à 19 ans hébergés à long terme en unités de réadaptation. L'étude de Lafortune, Laurier et Gagnon (2004) révèle que les psychopathologies fréquemment associées à la prescription de médicaments psychotropes chez les jeunes âgés de 6 à 17 ans placés en centre de réadaptation sont le TDAH et les troubles psychotiques. Raghavan et al. (2005) concluent pour leur part que les enfants de 2 à 14 ans placés (en famille d'accueil, foyer de groupe ou centre de réadaptation) présentant des troubles extériorisés sont plus susceptibles de recevoir des médicaments psychotropes.

Les psychostimulants, antipsychotiques atypiques et antidépresseurs sont couramment prescrits, ce qui porte à croire que le TDAH, l'impulsivité, l'agressivité, l'agitation, l'anxiété et la dépression constituent de fréquents motifs de prescriptions (Brelan-Noble et al., 2004; Connor et al., 1998; Ferguson, Glesener, & Raschick, 2006; Lafortune et al., 2004). Zima et al. (1999) ainsi que Pathak, Arszman, Danielyan, Johns, Smirnov, & Kowatch (2004) suggèrent que le fonctionnement global (i.e. familial, social et scolaire) des enfants médicamentés présente des perturbations majeures. Les diagnostics à l'origine de la polymédication sont similaires à ceux associés à la prescription d'une seule molécule. Toutefois, l'agressivité constitue un symptôme fréquent chez les jeunes recevant plusieurs médicaments (Connor et al., 1998; Connor, Ozbayrak, Kusiak, Caponi, & Melloni, 1997).

Notons par ailleurs que les prescriptions peuvent viser à traiter un symptôme spécifique ou un diagnostic avéré, selon l'approche préconisée par le médecin traitant.

Le prescripteur peut en effet s'appuyer sur un raisonnement syndromique (approche par diagnostique) ou privilégier une approche par symptômes. Cette dernière est plus souvent liée à la polyprescription (Angold, Erkanli, Egger, & Costello, 2000; Connor et al., 1998; Connor, 2002; Green, 2007).

Ce sont donc davantage les problèmes extériorisés et un fonctionnement global perturbé qui sont associés à la psychopharmacoprescription. Malgré les stressseurs psychosociaux auxquels ont généralement été exposés les enfants placés (négligence, abus, instabilité du milieu de vie, exposition à la violence conjugale), les diagnostics de stress post-traumatique sont rarement rapportés, si ce n'est dans les cas d'abus sexuel (Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood, & Aarons, 2001). Or, l'inattention, l'agitation, l'impulsivité et l'agressivité peuvent également être secondaires à un état de stress post-traumatique ou à un trouble de l'attachement (D'andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et van der Kolk, 2012; Franc, Maury et Purper-Ouakil, 2008; Nadeau, Bergeron-Leclerc, Pouliot, Chantal, & Dufour, 2012; van der Kolk, 2005). Selon Dale, Kendall, Humber et Sheehan (1999), un tiers des jeunes de 6 à 18 ans suivis en protection de l'enfance rencontrent les critères d'un TSPT. Les troubles de l'attachement sont plus fréquents et peuvent toucher jusqu'à un quart des enfants placés hors d'un milieu familial, mais ne semblent pas non plus associés à la psychopharmacothérapie (Éthier & Milot, 2009; Kolko, Hurlburt, Zhang, Barth, Leslie, & Burns, 2010; Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2011; MSSS, 2007; van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1999).

Par ailleurs, pour établir le profil psychopathologique des enfants, les équipes de recherche obtiennent généralement leurs données auprès des médecins prescripteurs.

Très peu d'études évaluent la symptomatologie à l'aide de questionnaires structurés (si ce n'est le «Child Behavior Checklist» d'Achenbach qui est parfois utilisé). La plupart se basent plutôt sur les données colligées dans les dossiers médicaux (Duffy, Narrow, Rae, West, Zarin, Rubio-Stipec, Pincus, & Regier, 2005; Zito et al., 2008). Or, une mesure indépendante, obtenue auprès d'une personne autre que le médecin prescripteur apparaît souhaitable (Duffy et al., 2005). En effet, selon Duffy et al. (2005), il est possible, dans certains cas, qu'un médecin pose un diagnostic qui justifierait l'utilisation d'une molécule en particulier, même si le patient ne présente pas tous les critères diagnostiques. Également, des études ont suggéré la pertinence d'une méthodologie basée sur plusieurs points de vue (ex. parents, intervenants, enfants) et différents instruments de mesure (ex. entrevue semi-structurée, questionnaire), puisqu'une variabilité est observée dans l'évaluation des comportements de l'enfant selon ces sources (ex. Jensen, Rubio-Stipec, Canino, Bird, Dulcan, Schwab-Stone, & al., 1999; Roskam, Stievenart, Meunier, Van de Moortele, Kinoo, & Nassogne, 2010). C'est pourquoi dans cette étude, l'analyse des psychopathologies repose sur plus d'un instrument et s'appuie à la fois sur les dossiers, le point de vue de l'enfant et celui des éducateurs.

Savoir et perception des éducateurs sur la prescription de médicaments psychotropes chez les enfants

Dans les Centres jeunesse, la prescription de médicaments psychotropes s'inscrit dans un plan d'intervention multidisciplinaire auquel participent entre autres les éducateurs. Leur rôle consiste à assurer un accompagnement clinique et quotidien. Leurs croyances, attitudes et connaissances à l'égard de la santé mentale et de la

psychopharmacothérapie, ainsi que leurs observations du fonctionnement de l'enfant peuvent influencer la trajectoire de consultation médicale. En effet, les éducateurs peuvent solliciter l'aide des médecins et des professionnels des cliniques spécialisées (ex. pédopsychiatrie) et peuvent s'impliquer dans les suivis médicaux auxquels participent les enfants. Le médecin peut également fonder une partie de sa décision de prescrire sur les signes cliniques qu'ils rapportent (Bradley, 2003; Bonfield, Collin, Guishard-Pine, & Langdon, 2012; Landsverk & Garland, 1999; Philipps, 1997; Zima et al., 2000). Toutefois, peu d'études se sont attardées à ces variables dans le cas de la prescription de médicaments psychotropes chez les jeunes (Bonfield et al., 2010). Celles qui s'y sont consacrées ont pu préciser les connaissances des intervenants à l'égard de la psychopharmacothérapie ainsi que leur opinion et leurs rôles auprès des médecins prescripteurs.

Au plan du savoir, une seule étude porte spécifiquement sur les intervenants des services sociaux (Moses, 2003). Les résultats indiquent que la majorité n'ont jamais reçu de formation sur la psychopharmacothérapie. Leurs connaissances des effets secondaires sont donc modérées et limitées quant aux dosages recommandés. Par ailleurs, ceux qui ont été formés et qui estiment posséder de bonnes connaissances ont une perception plus favorable de ce traitement.

L'étude de Johnson, Renaud, Schmidt, & Stanek (1998) s'est attardée à l'opinion des intervenants sur la psychopharmacothérapie et révèle que leurs perceptions s'avèrent polarisées. Trois sous-groupes ont été identifiés : a) les médicaments sont souvent utiles, mais non nécessaires; b) ils ne sont ni nécessaires ni aidants; c) ils peuvent s'avérer utiles et bénéfiques. Les intervenants du dernier sous-

groupe travaillent le plus souvent selon une approche cognitivo-comportementale ou neuropsychologique. Selon l'étude de Moses (2003), les opinions des intervenants seraient plus partagées. Bien que la médication soit perçue par une majorité comme étant nécessaire ou bénéfique, elle n'est pas pour autant considérée comme suffisante, ni comme le traitement le plus efficace.

Quelques études se sont intéressées aux rôles que peuvent jouer les intervenants auprès des médecins prescripteurs. Berg et Wallace (1987) en ont identifié trois types : a) un rôle d'aide-médecin, lorsque les travailleurs sociaux se soumettent aux décisions du médecin; b) un de consultant collaborateur, où la relation avec le médecin est basée sur la confiance et la répartition des tâches, et c) un rôle d'avocat du patient, lorsqu'ils s'assurent que leurs droits soient pleinement respectés. L'étude de Bentley et Walsh (2006) a ajouté deux rôles; d) un de surveillance, où l'intervenant observe et compile les effets de la médication, l'intensité des symptômes et s'assure de l'observance de la médication; e) et celui d'éducateur, où il enseigne au jeune et à sa famille comment utiliser la médication et reconnaître les effets bénéfiques et indésirables. Plus récemment, Moses et Kirk (2008), ont regroupé ces implications sous deux dimensions; a) les rôles centrés sur le client («client-directed») et b) les rôles centrés sur le médecin («doctor-directed»). Ces auteurs ont démontré que les intervenants qui accompagnent un jeune recevant un traitement pharmacologique en adoptant un rôle «client-directed» en évaluent plus favorablement les impacts.

Enfin, Berg et Wallace (1987), de même que Johnson et al., (1998) ont indiqué que les travailleurs sociaux œuvrant auprès d'une clientèle ayant des comportements délinquants sont plus enclins à suggérer une médication psychotrope.

Les études qui traitent du savoir, des rôles et perceptions des intervenants sont actuellement limitées aux populations adolescentes ou adultes. À ce jour, à notre connaissance, aucune recherche ne s'est intéressée à ces questions dans un échantillon d'enfants placés et qui reçoivent des médicaments psychotropes. Afin de mieux comprendre le recours à ce traitement dans les foyers de groupe et centres de réadaptation des Centres jeunesse du Québec, il appert important de situer le niveau de connaissance et l'opinion des éducateurs sur cette forme de traitement.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal consiste à dresser le portrait psychopathologique des enfants sous médication psychotrope, à partir de données diagnostiques, symptomatologiques et de l'évaluation de leur fonctionnement global. Puisque les pratiques de prescription peuvent être centrées sur les symptômes ou sur les diagnostics (Angold et al., 2000; Connor et al., 1998; Connor, 2002; Green, 2007), le profil est étudié sous ces trois angles. Les données proviennent des éducateurs, des enfants ainsi que des dossiers, ce qui permettra de considérer la variabilité possible des perceptions entre les enfants et les éducateurs et le cas échéant, d'interpréter les résultats en conséquence.

Plus précisément, l'article vise à connaître les psychopathologies des enfants en précisant leurs diagnostics (tels qu'inscrits dans leur dossier, perçus par les éducateurs et autorapportés par les enfants), leurs symptômes (perçus par les éducateurs et autorapportés) et leur fonctionnement global (perçu par les éducateurs). L'influence possible de l'opinion des éducateurs à l'égard de la psychopharmacothérapie sur leur estimation des psychopathologies sera contrôlée dans les analyses statistiques. Ensuite,

cette étude consiste à préciser la formation, les connaissances et l'opinion des éducateurs sur la psychopharmacothérapie. Enfin, parmi l'ensemble des facteurs évalués, elle vise à déterminer les prédicteurs de la poursuite du traitement médicamenteux chez les enfants placés.

Méthode¹

Participants

L'échantillon regroupe 101 participants âgés de 6 à 12 ans provenant de centres de réadaptation et foyers de groupe localisés dans sept régions administratives du Québec. Il compte 71 enfants sous médication et 30 sans médication (72 garçons et 29 filles). Les sujets proviennent pour la plupart de foyers de groupe (67,3% de l'échantillon total), plutôt que de centres de réadaptation (32,7% de l'échantillon total). La prévalence de prescription dans ces deux milieux d'hébergement est comparable (75,8% dans les foyers de groupe et 67,6% dans les centres de réadaptation ($\chi^2(1) = 0,70, p = 0,49$)).

La proportion d'enfants médicamenteux dans cet échantillon (70,3%) correspond à celle observée en 2007 auprès d'une population de 440 enfants placés (67%) (MSSS, 2007). Dans le chapitre précédent, il a aussi été démontré que, dans ces échantillons, le profil des enfants médicamenteux et celui des non médicamenteux s'équivalent sur le plan des stressors psychosociaux vécus en bas âge et des motifs de placement, qu'ils soient placés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation.

Recrutement. Les approbations éthiques ont été obtenues par le comité d'éthique des Centres jeunesse de Québec et celui de l'Université de Montréal. Le

¹ La méthode est similaire à celle décrite au chapitre 2 au niveau des participants et du recrutement.

projet a été présenté aux directeurs des services professionnels des Centres jeunesse du Québec ayant des ressources externes de type foyer de groupe et centre de réadaptation. Parmi ces Centres jeunesse, 7 ont accepté de participer, ce qui correspond à 19 foyers de groupe et 6 centres de réadaptation (pour un total de 155 enfants). Quinze foyers de groupe et 5 centres de réadaptation ont pris part à l'étude. Ont été exclus les enfants qui présentaient une déficience moyenne ou sévère ou un trouble envahissant du développement.

Le projet a d'abord été présenté aux chefs de service des foyers de groupe et centres de réadaptation. Lorsque leur accord était donné, un agent de recherche expliquait le but et le déroulement de l'étude à chacune des équipes d'éducateurs participantes. Le consentement des éducateurs était alors signé. Pour celui des parents, les chefs de service devaient les informer et obtenir leur approbation à ce qu'un agent de recherche les contacte. Ce dernier leur téléphonait ensuite pour leur expliquer les buts du projet, l'aspect volontaire de la participation et la confidentialité des informations recueillies. Ces renseignements leur étaient également fournis par écrit. Tous les enfants placés pour lesquels nous avons obtenu le consentement étaient rencontrés, qu'ils soient médicamenteux ou non médicamenteux. Douze pour cent des parents contactés n'ont pas consenti ou n'ont pas pu être rejoints et huit pour cent des éducateurs n'ont pas pris part à l'étude.

Procédure

Pour chacun des enfants, l'éducateur de référence a répondu à quatre questionnaires, afin de recueillir des données sociodémographiques, des informations sur la prescription de médicament, sur la psychopathologie de l'enfant et sur son

opinion du traitement pharmacologique. Les enfants ont également été rencontrés par un agent de recherche pour répondre à une entrevue semi-structurée.

Données manquantes

Les données manquantes s'expliquent ainsi : (1) l'éducateur n'a pas répondu au questionnaire ou à certaines questions, (2) le dossier de l'enfant était incomplet ou inaccessible, (3) l'enfant était absent de la ressource lors de la collecte de données. Les données disponibles (*n* disponible) sont indiquées dans chacun des tableaux.

Instruments

«Perspective des intervenants psychosociaux sur le recours à la médication psychotrope» (Moses, 2003; Moses & Kirk, 2006; traduction de Lafortune & Laurier, 2004). Ce questionnaire est utilisé afin de préciser le savoir des éducateurs sur le recours à la psychopharmacothérapie (i.e. leur formation et leur niveau de connaissance perçue) et leur opinion sur le sujet. Il s'adresse aux éducateurs travaillant dans les services de réadaptation auprès d'enfants âgés de 5 à 12 ans. Il comprend une section recueillant des *informations sur le participant* (genre, nombre d'années d'expérience, niveau de formation académique, orientation théorique principale, formation sur la psychopharmacothérapie). Il cherche à documenter leur *familiarité avec la pharmacothérapie*, leur *opinion* envers celle-ci, leur *implication dans le traitement pharmacologique* de même que leur *perception de la relation thérapeutique avec le médecin prescripteur*. En regard des objectifs principaux de la présente étude, trois sections sont utilisées (*informations sur le participant, l'opinion des éducateurs et leur familiarité*).

Pour les *informations sur le participant*, l'éducateur indique ses «années d'expérience», son «niveau de formation académique» et son «orientation théorique principale». Cette dernière variable comporte un choix de réponse (psychoéducative, cognitivo-comportementale, existentielle-humaniste, psychodynamique, neuropsychologique, systémique-familiale, autre). L'éducateur précise également s'il a déjà reçu une formation sur la psychopharmacothérapie. L'échelle évaluant l'*opinion de l'éducateur sur la pharmacothérapie* comprend 13 questions. Il répond à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points («tout à fait en désaccord» (1) à «tout à fait d'accord» (5)). Le score total se situe entre 13 et 65. Le plus faible (13) indique une opinion très défavorable, un résultat moyen (39) correspond à une perception neutre et le plus élevé (65), à une opinion très favorable (65). L'échelle évaluant *la familiarité de l'éducateur avec les médicaments psychotropes* comporte trois questions, auxquelles il répond à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points, allant de «très faible» (1) à «excellente» (5). Un résultat élevé (15) correspond à une excellente connaissance des médicaments, alors qu'un plus faible (3) révèle le contraire.

Les propriétés psychométriques de cet instrument sont jugées satisfaisantes, avec des alphas de Cronbach variant entre 0,67 et 0,84 pour l'échelle évaluant l'opinion (Moses & Kirk, 2006; Moses, 2003). Dans sa version française, l'alpha de Cronbach de l'échelle sur l'opinion des éducateurs se situe à 0,78 et à 0,76 pour celle évaluant la familiarité.

Le «Child Behavior Checklist» (CBCL) (Achenbach, 1991). Dans le but d'analyser la symptomatologie des enfants tels que perçus par les éducateurs, le «Child Behavior Checklist» (Achenbach, 1991) en version française est complété par

l'éducateur. Le CBCL, construit pour les jeunes âgés de 4 à 18 ans, permet d'évaluer les symptômes et comportements de l'enfant observés au cours des 6 derniers mois. Le test comprend 118 questions regroupées en 8 sous-échelles, soit (1) *anxiété et dépression*, (2) *retrait-dépression*, (3) *plaintes somatiques*, (4) *problèmes sociaux*, (5) *problèmes de la pensée*, (6) *problèmes d'attention*, (7) *comportements déviants* et (8) *comportements agressifs*. L'échelle évaluant le *stress post-traumatique* a aussi été utilisée, de même que les échelles basées sur les critères du DSM-IV (*problèmes affectifs*, *problèmes d'anxiété*, *de somatisation*, *d'attention et d'hyperactivité*, *d'opposition et de comportement*) (Achenbach & Rescola, 2007).

L'éducateur répond aux énoncés à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points, en précisant si le comportement décrit «ne s'applique pas» (0), est «quelque peu ou quelques fois vrai» (1), «vrai ou souvent vrai» (2). Un score total est ensuite obtenu et peut se diviser en deux parties ; troubles intériorisés et extériorisés.

Cet instrument est standardisé à partir d'un échantillon normatif, ce qui permet de dériver les résultats en score T sur 100. La somme des sous-échelles peut ainsi être transformé, de façon à préciser le seuil atteint (normal (50-64), limite (65-69), clinique (70 et plus)) (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2007). L'échelle évaluant le stress post-traumatique n'a pas cette équivalence, mais des critères ont tout de même été établis à partir du total (normal (0-5), limite (6-8), clinique (9 et +)) (Achenbach & Rescola, 2007; Dehon & Scheeringa, 2006; Nakamura, Ebseutani, Berstein, & Chorpita, 2009).

Le CBCL possède une fidélité test-retest satisfaisante ($r = 0,93$) et une cohérence interne élevée pour chacune des sous-échelles (alpha de Cronbach variant

entre 0,68 et 0,97) (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2007; Dehon & Scheeringa, 2006; Nakamura et al., 2009). La version française présente des résultats comparables à la version originale (Crijen, Achenbach, & Verhulst, 1997; DeGroot, Koot, & Verhulst, 1995). La validité de construit a été démontrée, puisque des corrélations significatives (0,59 à 0,86) sont observées avec l'échelle de Conners, instrument également destiné à l'évaluation des comportements chez les jeunes (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001).

L'Échelle d'évaluation fonctionnelle pour enfants et adolescents (CAFAS) (Hodges, 2000; traduction française de Barwick, 2004). Cet instrument, rempli par l'éducateur, permet d'estimer le fonctionnement global des enfants. Il cherche à évaluer les effets négatifs qu'ont les comportements et symptômes sur le fonctionnement de l'enfant dans différentes sphères de sa vie. Il s'adresse aux jeunes âgés de 6 à 17 ans, atteints ou possiblement atteints de trouble d'ordre affectif, comportemental et/ou psychiatrique. Il comprend 8 sous-échelles, soit (1) le fonctionnement à l'école, (2) dans le *milieu de vie* et (3) dans la *communauté*, (4) les *comportements envers les autres*, (5) les *humeurs et émotions*, (6) les *tendances autodestructrices*, (7) la *consommation de substances psychotropes* et (8) les *pensées*. La somme des 8 sous-échelles peut également être calculée.

Pour chacune des sous-échelles, l'éducateur identifie les items qui s'appliquent à la situation du jeune, à partir d'une liste de comportements regroupés en 4 catégories (dysfonctionnement sévère, moyen, léger ou aucun déficit). Il examine d'abord les items du niveau sévère et encercle ceux qui décrivent le mieux l'enfant. Lorsqu'aucun énoncé ne lui correspond, il parcourt ceux de la catégorie suivante et ainsi de suite.

Les scores peuvent varier entre 0 et 30 (entre 21 et 30 pour la catégorie «sévère», 20 et 29 pour «moyen», 10 et 19 pour «léger» et 0 et 9 pour «aucun»). L'instrument fournit une description des besoins de l'enfant en fonction de la somme des sous-échelles (par exemple, un résultat entre 100 et 130 indique que le jeune a probablement besoin de soins plus intensifs que ceux offerts à l'externe et/ou qui comprennent des soins de soutien multidimensionnels).

Le CAFAS possède une validité de contenu très satisfaisante (Hodges & Wong, 1996). De plus, il présente des corrélations significatives avec le «Child Assessment Scale» de même qu'avec le «CBCL», deux questionnaires évaluant les symptômes de l'enfant (Hodges & Wong, 1996). La cohérence interne est également jugée satisfaisante, tant pour la version anglaise que française (alpha de Cronbach variant entre 0,74 et 0,93), tandis que la fidélité interjuge est considérée très satisfaisante (pour le score total, $r = 0,992$ et pour les sous-échelles, $r = 0,83$), de même que la fidélité test-retest (Hodges & Wong, 1996). L'alpha de Cronbach calculé dans le cadre de cette étude est de 0,81.

Le «Kiddie Sads-Lifetime version; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children» (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, Williamson et al., 1997; traduction française de Mouren-Siméoni, 2002).

Cette entrevue semi-structurée est réalisée avec chacun des enfants par l'auteure de l'étude, dans le but d'évaluer les psychopathologies des enfants. Elle est basée sur les critères diagnostiques du DSM-IV et permet d'évaluer les épisodes actuels de psychopathologie chez les jeunes âgés de 6 à 18 ans. Les diagnostics évalués dans le cadre de notre étude sont : (1) *le trouble dépressif*, (2) *les troubles anxieux*, (3) *le*

trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, (4) le trouble oppositionnel, (5) le trouble des conduites, (6) le trouble de stress post traumatique. Sont exclus les troubles psychotiques et les tics étant donné la faible probabilité d'occurrence dans notre échantillon, ainsi que la déficience intellectuelle qui constitue un critère d'exclusion à l'étude.

Pour chacun des troubles, l'instrument fournit une description générale des symptômes. Des questions sont suggérées afin d'aider l'évaluateur à obtenir l'information nécessaire auprès de l'enfant. Les symptômes sont cotés selon leur intensité, leur fréquence et leur impact sur le fonctionnement global. La cotation s'effectue durant l'entretien à l'aide d'une échelle en 3 points ; «1» indique que le symptôme est absent, «2» qu'il est présent, mais d'une intensité limite et «3» qu'il est clairement présent et que le seuil critère est atteint. Par exemple, pour les troubles dépressifs, ces signes cliniques sont évalués : «l'humeur dépressive», «l'irritabilité et la colère», «l'anhédonie, le désintérêt, l'apathie, la perte de motivation ou l'ennui» et les «pensées de mort récurrentes». Pour le symptôme «humeur dépressive», un score de 1 équivaut à «pas du tout ou moins d'une fois par semaine», 2 correspond à «avoir souvent une humeur dysphorique, trois fois par semaine pendant plus de trois heures» et 3 à «des sentiments dépressifs presque toute la journée et très fréquents». À la fin de l'entretien, l'évaluateur comptabilise les symptômes. Si l'enfant n'en présente aucun, le trouble est «non présent», si des symptômes sont manifestes, sans atteindre les critères diagnostiques, il est jugé «probable» et si le nombre de critères diagnostiques nécessaire est présent, il est «définitif» (par exemple, pour le trouble dépressif, cela correspond à une cote de 3 pour au moins 5 symptômes dépressifs).

Le «KSADS» présente une excellente fidélité interjuge (accord interjuge de 93% à 100%), de même qu'une bonne fidélité test-retest ($r = 0,63$ à $1,00$). La cohérence interne s'avère élevée pour la plupart des diagnostics. Une bonne validité de construit a été observée, cet instrument démontrant des corrélations significatives avec le «CBCL» et le «Conners», tous deux évaluant les comportements et symptômes de l'enfant (Kaufman et al., 1997; Mouren-Siméoni, 2002).

Le Dominic interactif. Le Dominic interactif (Valla, Bergeron, & Smolla, 2006) a également été complété par chacun des enfants, afin de connaître leur perception de leurs symptômes. Cet instrument est conçu pour les enfants âgés de 6 à 11 ans. Il est construit sous la forme d'une bande dessinée interactive et permet d'évaluer des symptômes liés à sept psychopathologies (1) *phobies spécifiques*, (2) *anxiété de séparation*, (3) *anxiété généralisée*, (4) *dépression*, (5) *opposition/provocation*, (6) *problèmes de conduites*, (7) *inattention, hyperactivité, impulsivité*.

L'enfant doit répondre à 90 questions dichotomiques qui lui apparaissent sur un écran d'ordinateur. Des images d'un personnage, Dominic (ou Dominique, selon le sexe de l'enfant), sont représentées dans différents contextes (par ex. à l'école). Une question décrivant le symptôme est audible, via les haut-parleurs de l'ordinateur (ex. «as-tu déjà volé en attaquant des gens, comme Dominic ?») et l'enfant y répond en cliquant sur la souris.

Les réponses sont comptabilisées de façon informatique et des scores sont établis selon les seuils suivants : normaux, cliniques ou limites. Ceux-ci ont été déterminés en fonction du DSM-IV et à partir d'échantillons d'enfants issus de la

population générale ($n = 253$) et clinique ($n = 150$) (Valla, Bergeron, St-Georges, & Berthiaume, 2000). La fidélité test-retest est satisfaisante pour l'ensemble des échelles (corrélations variant entre 0,40 et 0,60), de même que la fidélité interjuge (coefficients de kappa entre 0,79 et 0,95). La consistance interne est satisfaisante (alphas de Cronbach entre 0,62 et 0,88) et la validité de contenu a été démontrée (Linares-Scott, Short, Singer, Russ, & Minnes, 2006; Ouellette, 2005; Valla et al., 2000).

«**Life history Calendar**» (Martyn & Belli, 2002). Cet instrument est conçu pour recueillir des données rétrospectives (Caspi, Moffit, Thornton, Freedman, Amell, Harrington et al., 1996). Dans le cadre de cette étude, il documente les informations colligées dans les dossiers cliniques concernant les diagnostics émis. L'assistant de recherche doit ainsi lire les dossiers et identifier les diagnostics inscrits.

Les études l'ayant utilisé révèlent une bonne fidélité interjuge (coefficient de kappa = 0,56-0,79). Dans ce cas-ci, les cotations faites par l'auteure de l'étude et par une assistante de recherche candidate au doctorat en psychologie ont aussi été comparées sur 20% de l'échantillon total. Le coefficient de Kappa de la fidélité interjuge était de 0,90.

Stratégie d'analyse

Les analyses ont été produites avec le logiciel SPSS, version 19 et le seuil alpha a été fixé à 0,05. Les profils des enfants ont d'abord tous été comparés en fonction du sexe et du type de traitement (aucune, monoprescription, polyprescription), à l'aide d'analyses de variances. Les différences ne sont toutefois pas significatives entre les monomédicamentés et les polymédicamentés. Dans ce chapitre, les résultats sont donc présentés en fonction des groupes médicamenté et non médicamenté. Les distinctions

entre les sujets recevant une molécule et ceux en prenant plusieurs, ainsi qu'entre les filles et les garçons ne sont précisées que lorsqu'elles sont significatives.

Une description en termes de fréquence et de pourcentage ((n(%)) a d'abord été effectuée afin de connaître la prévalence des ordonnances (intervalle de confiance à 95%) et les classes de molécules prescrites.

La description de l'échantillon des éducateurs a été effectuée (à partir de la section «informations sur le participant» du questionnaire sur la perspective des intervenants psychosociaux sur le recours à la psychopharmacothérapie), pour ces variables : le sexe de l'éducateur (fréquence, pourcentage), ses années d'expérience (moyenne, écart-type) et son orientation théorique (fréquence, pourcentage).

Afin de préciser leur formation, leur niveau de connaissance perçue, ainsi que leur opinion sur la thérapie médicamenteuse, des analyses descriptives ont été réalisées (fréquence, pourcentage, moyenne et écart-type).

Afin de connaître les diagnostics, les données ont été colligées à l'aide d'une analyse du dossier et d'une question formulée aux éducateurs (formulaire «informations générales et médicales»), pour assurer la validité. Les réponses se sont avérées similaires. Dans le cas contraire, celui indiqué dans le dossier aurait été choisi. La description des catégories diagnostiques et des associations les plus fréquentes ont été calculées (fréquence, pourcentage). La comparaison des groupes d'enfants (médicamenté oui/non) sur la présence de diagnostic a été faite avec un test du chi-deux de Pearson et à l'aide d'un test T de Student sur le nombre de diagnostics. Un test T a également été effectué sur cette variable afin de comparer les enfants monomédicamentés et les polymédicamentés.

Ensuite, les diagnostics, les symptômes et le fonctionnement global, tels que perçus par les éducateurs ont été comparés à l'aide d'analyses de covariance à deux facteurs intersujets, soit sexe et médication (aucune, une, plus d'une). L'opinion des éducateurs sur la médication a été utilisée comme covariable (avec une moyenne équivalant à 39, ce qui correspond à une opinion neutre), afin de s'assurer que les distinctions entre les participants médicamenteux et non médicamenteux ne variaient pas en fonction de celle-ci. Les variables suivantes ont été testées : portrait diagnostique (CBCL-échelles DSM-IV), symptomatologique (CBCL-échelles de symptômes) et fonctionnement global (CAFAS). Pour le CBCL, les scores T des échelles totales et ceux des sous-échelles ont été inclus dans les analyses.

Des analyses du chi carré ont été réalisées afin de comparer les groupes sur les variables suivantes : portrait diagnostique (échelles du KSADS) et symptomatologique (échelles du Dominic interactif) rapporté par l'enfant.

Enfin, une régression logistique avec sélection de modèle de type pas à pas, ascendante sur la fonction de vraisemblance a aussi été réalisée afin de connaître les prédicteurs de la poursuite de l'usage de la prescription de médicaments psychotropes. Les variables pour lesquelles les analyses bivariées ont été statistiquement significatives (seuil alpha à 0,05) ont été insérées dans le modèle.

Résultats

Prévalence de la prescription ²

La prévalence de la prescription s'élève à 70,3% ($n = 71$) [IC 95%: 60%-80%], tel que rapportée dans le chapitre 2. Près des trois quarts des enfants médicamenteux

² La section «Prévalence» a été présentée au chapitre 2 et est répétée ici à des fins descriptives.

reçoivent une polyprescription, constituée de 2 à 5 médicaments. Les molécules les plus fréquemment prescrites sont les psychostimulants ($n = 65$) (92,86%), les antipsychotiques atypiques ($n = 36$) (51,43%), les agonistes alpha adrénrgiques ($n = 13$) (18,57%) et les antidépresseurs ($n = 8$) (11,43%).

Savoir et opinion des éducateurs sur la pharmacothérapie

Les éducateurs (32 hommes et 62 femmes) cumulent en moyenne près de douze années d'expérience ((94) $11,88 \pm 8,60$). Ils travaillent pour la plupart selon l'approche psychoéducatrice (29 (32,58%)), cognitivo-comportementale (29 (32,58%)) ou systémique (17 (18,10%) (n disponible = 89). Plus de la moitié des éducateurs ($n = 94$) n'ont jamais reçu de formation spécifique sur la psychopharmacothérapie (73 (77,66%)).

À partir d'une échelle de Likert en 5 points (de 1 à 5, très faible, faible, moyenne, bonne, excellente), les résultats moyens indiquent que les éducateurs perçoivent leur niveau de connaissances des effets secondaires ($2,62 \pm 0,75$) et des dosages recommandés comme étant «moyennes» ($2,53 \pm 0,81$). Ils jugent de façon similaire leur capacité à identifier les médicaments ($2,28 \pm 0,99$).

À l'échelle évaluant l'opinion des éducateurs sur l'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes, les résultats varient entre 24,00 et 51,00. La moyenne a été calculée et indique que leur opinion est généralement neutre (94 ($39,99 \pm 6,46$)). Le résultat moyen à l'item évaluant leur perception de l'«efficacité du traitement pour garder le comportement de certains jeunes sous contrôle» est neutre (94($2,77 \pm 0,89$)). La plupart d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un «traitement nécessaire pour

plusieurs troubles émotionnels ou comportementaux» (94(3,62 ± 0,88)), à «combiner avec d'autres formes de traitements» (94 (4,37 ± 0,75)).

Portrait psychopathologique

Portrait diagnostique

Une fiche complétée par les éducateurs ainsi que la consultation du dossier institutionnel de l'enfant ont permis de connaître le nombre d'enfants ayant un trouble mental ou une impression diagnostique inscrits à leur dossier (évalués par un pédopsychiatre, un médecin ou un psychologue). Dans l'ensemble, la majorité des enfants placés ont au moins un diagnostic (62,38%) ($n = 63$). Parmi les jeunes médicamenteux, 81,69% ($n = 58$) présente au moins un trouble mental, tandis que c'est le cas pour 16,67% ($n = 5$) des participants non médicamenteux. Le nombre moyen de diagnostics est plus élevé chez les sujets médicamenteux ((60) (2,13 ± 1,31)) que chez les autres ((24) 0,33 ± 0,64)) ($t(82) = 6,47, p = 0,001$). Le nombre moyen de diagnostics chez les jeunes polymédicamenteux et les monomédicamenteux a également été comparé. Bien qu'il soit un peu plus élevé chez les enfants polymédicamenteux ((44) 2,27 ± 1,39), la différence n'est pas significative avec ceux qui reçoivent une seule molécule ((16) 1,69 ± 1,09) ($t(58) = 1,53, p > 0,05$).

Plus de la moitié des jeunes médicamenteux cumulent les diagnostics (de deux à six diagnostics) (42 (59,15%)). Plus précisément, un quart des enfants présentent deux (18 (25,35%)) ou trois diagnostics (17 (23,94%)). Pour quatre enfants (5,63%), il s'agit d'un cumul de quatre diagnostics, alors que deux (2,82%) en présentent cinq et qu'un seul (1,41%) en cumule six.

Un test T a été effectué afin de vérifier s'il existe une différence entre le nombre de diagnostics chez les garçons et les filles. Les résultats indiquent que les garçons ont plus souvent un diagnostic inscrit à leur dossier ((60) $1,81 \pm 1,46$), comparativement aux filles ((24) $1,08 \pm 1,21$) ($t(82) = 2,18, p < 0,05$).

Parmi les enfants médicamenteux pour lesquels le type de diagnostic est disponible ($n = 56$), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est le plus souvent rapporté (tableau 1). Suivent, dans une plus faible proportion, le trouble de l'attachement, le trouble oppositionnel, les troubles de l'apprentissage et le syndrome de Gilles de la Tourette (tableau 1).

Tableau 1. *Diagnostics de troubles mentaux inscrits au dossier de l'enfant par groupe d'appartenance (n = 101)*

Variable	Nombre et pourcentage		
	Échantillon total (n = 101) (n = 59)	Groupe médicamenté (n = 71) (n = 56)	Groupe non médicamenté (n = 30) (n = 3)
<i>n</i> disponible ^a			
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	51 (86,44%)	50 (89,29%)	1 (33,33%)
Trouble de l'attachement	20 (33,90%)	18 (32,14%)	2 (66,67%)
Trouble oppositionnel	12 (20,34%)	12 (21,43%)	0 (0 %)
Trouble d'apprentissage	12 (20,34%)	10 (17,86%)	2 (66,67%)
Syndrome de Gilles de la Tourette	6 (10,17%)	6 (10,71%)	0 (0 %)
Trouble relationnel	4 (6,78%)	4 (7,14%)	0 (0 %)
Trouble anxieux	4 (6,78%)	4 (7,14%)	0 (0 %)
Trouble envahissant du développement	3 (5,08%)	3 (5,36%)	0 (0 %)
Trouble obsessionnel compulsif	2 (3,39%)	2 (3,57%)	0 (0 %)
Trouble de l'adaptation	2 (3,39%)	2 (3,57%)	0 (0 %)
Trouble de l'humeur	2 (3,39%)	2 (3,57%)	0 (0 %)
Trouble des fonctions exécutives	2 (3,39%)	2 (3,57%)	0 (0 %)
Anxiété généralisée	2 (3,39%)	2 (3,57%)	0 (0 %)
Anxiété de séparation	2 (3,39%)	2 (3,57%)	0 (0 %)
Schizophrénie (traits)	1 (1,69%)	1 (1,79%)	0 (0 %)
Trouble du sommeil	1 (1,69%)	1 (1,79%)	0 (0 %)
Trouble de personnalité limite	1 (1,69%)	1 (1,79%)	0 (0 %)
Trouble bipolaire	1 (1,69%)	1 (1,79%)	0 (0 %)
Trouble dissociatif	1 (1,69%)	1 (1,79%)	0 (0 %)
Syndrome alcoolémie fœtale	1 (1,69%)	0 (0%)	1 (33,33%)

Note. ^a*n* disponible : le nombre d'enfants pour lesquels le type de diagnostic est précisé.

Un même enfant peut se retrouver dans plus d'une catégorie diagnostique étant donné la comorbidité des troubles mentaux.

Vingt-deux catégories ont été créées à partir des associations de diagnostics. Chez les jeunes médicamentés, les plus fréquentes sont le «TDAH et le trouble de l'attachement» ($n = 10$) ainsi que le «TDAH, le trouble de l'attachement et le trouble oppositionnel» ($n = 10$) (tableau 2). Les autres combinaisons sont rares (ex. TDAH, trouble de l'attachement et TAG ($n = 1$), TDAH, SGT et TOC ($n = 1$), TDAH et trouble anxieux ($n = 1$), TDAH et trouble de l'humeur ($n = 1$)).

Les résultats obtenus aux échelles DSM-IV du CBCL indiquent que, selon les éducateurs, les problèmes les plus fréquents, dans l'échantillon total, sont les troubles de comportement, le trouble oppositionnel, les problèmes affectifs, les problèmes anxieux et le TDAH (tableau 3). Sur le plan de la sévérité, seule l'échelle du trouble de comportement atteint le seuil critère «limite». Des différences significatives entre les enfants médicamentés et les non médicamentés sont révélées par l'analyse de covariance aux échelles suivantes, en contrôlant la variable mesurant l'opinion des éducateurs sur la médication psychotrope : trouble de comportement, trouble oppositionnel, problèmes anxieux, problèmes affectifs et TDAH ($p < 0,05$) (tableau 2). Ces problèmes sont plus fréquents chez les enfants médicamentés avec une seule ou plusieurs molécules, garçons et filles et les scores T indiquent l'atteinte du seuil critère «limite». Les scores T des problèmes anxieux et du TDAH se situent dans le seuil critère «normal».

Tableau 2. Résultats aux échelles DSM-IV du CBCL (score moyen et écart-type) complété par les éducateurs par groupe d'appartenance ($n = 101$).

Variables	Moyenne et écart-type			F (num, dén), p
	Échantillon total ($n = 101$)	Médicamentés ($n = 71$)	Non médicamentés ($n = 30$)	
n disponible	($n = 91$)	($n = 70$)	($n = 21$)	
Trouble de comportement (score T)	66,40 ± 10,18	68,00 ± 1,33	59,85 ± 2,25	$F(1, 86) = 9,39$ $p = 0,001^{**}$
Trouble oppositionnel (score T)	64,96 ± 9,05	66,18 ± 1,21	59,12 ± 1,94	$F(1, 85) = 9,51$ $p = 0,001^{**}$
Problèmes affectifs (score T)	64,31 ± 9,31	67,12 ± 1,92	57,80 ± 2,07	$F(1, 85) = 14,67$ $p = 0,001^{**}$
Problèmes anxieux (score T)	62,99 ± 8,68	64,96 ± 1,09	55,30 ± 1,85	$F(1, 85) = 19,42$ $p = 0,001^{**}$
TDAH (score T)	60,70 ± 8,41	63,38 ± 1,06	53,59 ± 1,89	$F(1, 84) = 19,47$ $p = 0,001^{**}$
Somatisation (score T)	56,55 ± 8,12	56,90 ± 1,13	54,21 ± 1,98	$F(1, 86) = 1,41$ $P = 0,24$

Note. $p < 0,001^{**}$

^a Valeurs ajustées en fonction de l'opinion des éducateurs

^b Seuils critères : normal : 50-64 limite : 65-60 clinique : 70 et +

Les résultats obtenus par le biais de l'entrevue semi-structurée réalisée auprès des enfants (KSADS) dressent un portrait diagnostique différent de celui rapporté dans les dossiers et par les éducateurs. Les résultats de l'analyse du chi carré ne révèlent aucune différence significative entre les groupes médicamentés et non médicamentés (tableau 3). En effet, les enfants médicamentés et non médicamentés, garçons et filles,

présentent très rarement tous les critères diagnostiques des troubles évalués. Ils manifestent par ailleurs, dans l'ensemble, plusieurs symptômes du trouble oppositionnel ($n = 20$) (24,69% de diagnostics probables), du TDAH ($n = 21$) (27,63%) et du trouble des conduites ($n = 14$) (17,72%). Le trouble oppositionnel a tendance à être un peu plus présent de façon avérée chez les enfants médicamenteux ($n = 18$) (29,03%), mais cette différence n'est pas significative. Il en est de même pour le trouble de l'attention «probable» ($n = 19$) (33,33%).

Tableau 3. *Diagnostics autorapportés (KSADS) (fréquence et pourcentage) par groupe d'appartenance (n = 101)*

Variables (n disponible) ^a	Fréquence et pourcentage			χ^2 (dl), p
	Échantillon total (n=101)	Groupe médicamenté (n = 71)	Groupe non médicamenté (n = 30)	
Trouble oppositionnel (n = 81)				χ^2 (2) = 4,81, p = 0,09
Non présent	51 (62,96)	35 (56,45)	16 (84,21)	
Probable	20 (24,69)	18 (29,03)	2 (10,53)	
Définitif	10 (12,35)	9 (14,52)	1 (5,26)	
Trouble des conduites (n = 79)				χ^2 (2) = 0,37, p = 0,83
Non présent	55 (69,62)	40 (67,80)	15 (75,00)	
Probable	14 (17,72)	11 (18,64)	3 (15,00)	
Définitif	10 (12,66)	8 (13,66)	2 (0,10)	
TDAH (n=76)				χ^2 (2) = 4,19, p = 0,12
Non présent	53 (69,7)	36 (63,16)	17 (89,47)	
Probable	21 (27,63)	19 (33,33)	2 (10,52)	
Définitif	2 (2,63)	2 (3,51)	0 (0,00)	
Anxiété de séparation (n = 83)				χ^2 (2) = 1,34, p = 0,51
Non présent	68 (81,92)	50 (79,37)	18 (90,00)	
Probable	5 (6,02)	4 (6,35)	1 (5,00)	
Définitif	10 (12,05)	9 (14,28)	1 (5,00)	
Anxiété généralisée (n = 82)				χ^2 (2) = 2,70, p = 0,26
Non présent	68 (82,92)	51 (82,26)	17 (85,00)	
Probable	8 (9,75)	5 (8,06)	3 (15,00)	
Définitif	6 (7,31)	6 (9,68)	0 (0,00)	
Trouble dépressif (n = 83)				χ^2 (2) = 2,06, p = 0,35
Non présent	74 (89,16)	57 (91,9)	17 (80,95)	
Probable	5 (6,02)	3 (4,83)	2 (9,52)	
Définitif	4 (4,81)	2 (3,22)	2 (9,52)	
Phobie sociale (n = 73)				χ^2 (2) = 1,21, p = 0,55
Non présent	70 (95,89)	55 (96,49)	15 (93,75)	
Probable	2 (2,73)	1 (1,75)	1 (6,25)	
Définitif	1 (1,37)	1 (1,75)	0 (0,00)	
Trouble de stress post-traumatique (n = 55)				χ^2 (2) = 0,48, p = 0,79
Non présent	48 (87,27)	35 (85,36)	13 (92,86)	
Probable	5 (9,01)	4 (9,76)	1 (7,14)	
Définitif	2 (3,63)	2 (4,89)	0 (0,00)	

Note. * $p < 0,05$

^a Le nombre de sujets varie de 73 à 83, dépendamment des données manquantes.

Portrait symptomatologique

Au CBCL, les résultats obtenus dans l'échantillon total révèlent des difficultés qui, selon les éducateurs, se situent au-dessus du seuil critère limite, pour les problèmes sociaux, les problèmes de l'attention, les comportements agressifs et l'anxiété-dépression.

Des différences significatives sont observées entre les sujets non médicamenteux et les médicamenteux, qu'il s'agisse de la prescription d'une seule molécule ou de plusieurs, à partir d'une analyse de covariance à deux facteurs, soit sexe et médication (aucune, une, plus d'une), en contrôlant la variable mesurant l'opinion de l'éducateur sur la psychopharmacothérapie. Il n'y a pas de différence en fonction du sexe de l'enfant ($p > 0,05$). Une seule variable (problème de l'attention) distingue le groupe monomédicamenteux du groupe polymédicamenteux.

De façon générale, les enfants médicamenteux, garçons ou filles, présentent aux yeux des éducateurs davantage de problèmes intériorisés et extériorisés que les enfants non médicamenteux ($p < 0,05$) (tableau 4). En effet, ils manifestent plus de problèmes d'attention et de socialisation et les scores T obtenus à ces échelles dépassent le seuil critère clinique (tableau 4). Ceux qui reçoivent une polyprescription montrent davantage de problèmes de l'attention ((50) $72,8 \pm 10,9$), comparativement à ceux qui reçoivent une seule molécule ((19) $64,8 \pm 9,2$) ($t(67) = 0,84, p = 0,01$). Également, les jeunes médicamenteux (avec une seule molécule ou avec plusieurs molécules), comparativement à ceux du groupe témoin, se voient attribuer plus de comportements agressifs, d'anxiété-dépression, de comportements délinquants, de problèmes de la pensée et de comportements sexuels problématiques et ce, indépendamment du sexe et

de l'opinion de l'éducateur sur la pharmacothérapie ($p < 0,05$) (tableau 4). Il en est de même pour les symptômes de stress post-traumatique ($p < 0,05$) (tableau 4). En plus de se différencier des enfants du groupe de comparaison sur l'ensemble de ces symptômes, les jeunes médicamentés et polymédicamentés, garçons et filles, sont aussi plus nombreux à présenter des symptômes atteignant le seuil critère clinique ou limite aux échelles du CBCL (tableau 4). Les jeunes recevant une ou des prescriptions présentent donc des symptômes variés d'intensité plus sévère que ceux qui n'en reçoivent pas.

Plus spécifiquement, afin de mieux comprendre la symptomatologie des enfants faisant usage de pharmacothérapie, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les items des sous-échelles et l'appartenance au groupe médicamenté. Sous l'angle des problèmes de l'attention, les items du CBCL les plus corrélés au fait que l'enfant soit médicamenté sont les suivants : être impulsif, ne pas être capable de demeurer assis sans bouger, ne pas maintenir son attention, être maladroit et avoir des tics (corrélations de Pearson entre 0,3 et 0,5) ($p < 0,05$). Pour les problèmes de socialisation, les items les plus liés à la psychopharmacothérapie se traduisent par le fait d'être maladroit, de s'accrocher aux adultes, d'avoir des comportements immatures, de ne pas bien s'entendre avec les autres enfants et de ne pas être aimé des autres enfants (corrélations de Pearson entre 0,2 et 0,36) ($p < 0,05$). Les comportements agressifs les plus corrélés au fait d'être médicamenté réfèrent aux items suivants : faire des colères, demander qu'on s'occupe de lui ou d'elle, avoir des sautes d'humeur, contester souvent, détruire des choses appartenant à sa famille ou aux autres enfants, être buté, désagréable ou irritable (corrélations entre 0,34 et 0,48), tandis que

les comportements dits délinquants qui sont liés à l'usage de médicaments consistent à dire des gros mots (corrélation de 0,4) ($p < 0,05$).

Dans l'échelle évaluant l'anxiété-dépression, les items les plus associés au recours à la psychopharmacothérapie réfèrent au fait d'être nerveux ou tendu, trop peureux ou anxieux, à pleurer souvent, à se trouver inférieur ou bon à rien, à craindre de penser ou de faire quelque chose de mal et à penser que les autres lui veulent du mal (corrélations entre 0,22 et 0,41) ($p < 0,05$). Pour ce qui est du syndrome de stress post traumatique, les énoncés les plus liés sont : contester, être malheureux, peureux, inquiet, avoir des sautes d'humeur, des idées confuses, être impulsif, s'accrocher aux adultes et se sentir coupable (corrélations entre 0,4 et 0,6) ($p < 0,05$). Enfin, les problèmes de la pensée liés au fait d'avoir une prescription réfèrent au fait d'avoir des obsessions (corrélation de 0,2) ($p < 0,05$).

Tableau 4. *Symptômes évalués par les éducateurs (CBCL) (score moyen et écart-type) par groupe d'appartenance (n = 101)*

Variables (n disponible) ^a	Moyenne et écart-type	Moyenne ajustée ^b et erreur standard		F (num, dén), p
		Échantillon total (n = 101)	Médicamentés (n = 71)	
Problèmes sociaux (score T ^c) (n = 91)	68,79 ± 11,91	71,09 ± 1,55	63,93 ± 2,64	F (1, 86) = 5,25 p = 0,02**
Comportements agressifs (score T) (n = 91)	67,34 ± 12,91	68,37 ± 1,63	59,56 ± 2,77	F (1,86) = 7,25 p = 0,001**
Problèmes de l'attention (score T) (n = 90)	67,08 ± 11,77	70,40 ± 1,44	55,95 ± 2,57	F (1, 85) = 23,04 p = 0,001**
Anxiété-dépression (score T) (n = 91)	65,21 ± 10,75	67,27 ± 1,44	59,09 ± 2,45	F (1,86) = 7,98 p = 0,001**
Comportements délinquants (score T) (n = 91)	62,27 ± 8,52	62,93 ± 1,46	58,55 ± 1,95	F (1,86) = 3,62 p = 0,60
Problèmes de la pensée (score T) (n = 88)	61,07 ± 10,42	61,84 ± 1,40	54,79 ± 2,53	F (1,83) = 5,69 p = 0,02**
Retrait-dépression (score T) (n = 90)	60,80 ± 9,68	60,45 ± 1,36	60,46 ± 2,31	F (1, 85) = 0,00 p = 0,99
Plaintes somatiques (score T) (n = 91)	57,51 ± 9,15	58,09 ± 1,29	56,01 ± 2,19	F (1,86) = 0,65 p = 0,42
Comportements sexuels problématiques (score T) (n = 89)	56,85 ± 10,73	57,64 ± 1,43	51,37 ± 2,42	F (1,84) = 4,79 p = 0,03**
Stress post- traumatique (score total ^d) (n = 85)	11,12 ± 5,09	12,39 ± 4,61	6,32 ± 3,10	F (1, 80) = 21,28 p = 0,001**
Troubles internalisés (score T) (n = 91)	62,13 ± 10,88	64,36 ± 1,46	57,22 ± 2,48	F (1,86) = 5,95 p = 0,02**
Troubles externalisés (score T) (n = 91)	63,35 ± 14,03	65,55 ± 1,72	54,76 ± 2,93	F (1, 86) = 9,75 p = 0,02**

Note. * p < 0,05 ** p < 0,01

^a Le nombre de sujets varie dépendamment des données manquantes.

^b Valeurs ajustées en fonction de l'opinion des éducateurs.

^c Seuils critères score T: normal : 50-64, limite : 65-60, clinique : 70 et +.

^d Seuils critères score total stress post-traumatique : normal : 0-5, limite : 6-8, clinique : 9 et +.

Les résultats obtenus à l'aide du «Dominic interactif» s'avèrent comparables entre les deux groupes (tableau 5), selon l'analyse du chi carré. Les enfants médicamenteux et non médicamenteux rapportent des difficultés similaires. Les problèmes qui atteignent le plus fréquemment le seuil clinique, dans les deux groupes, sont les problèmes de conduite, l'opposition, l'hyperactivité et la dépression.

Tableau 5. *Symptômes autorapportés au Dominic interactif (fréquence et pourcentage) par groupe d'appartenance (n = 101).*

Variables (n disponible) ^a	Fréquence et pourcentage			χ^2 (dl), p
	Échantillon total (n=101)	Groupe médicamenté (n = 71)	Groupe non médicamenté (n = 30)	
Tendance aux problèmes des conduites (n = 74)				χ^2 (2) = 0,40, p = 0,82
Il n'y a pas de problème	45 (60,81)	33 (58,93)	12 (66,67)	
Il y a peut-être un problème	11 (14,86)	9 (16,07)	2 (11,11)	
Il y a un problème	18 (24,32)	14 (25,00)	4 (22,22)	
Tendance à l'opposition (n = 74)				χ^2 (2) = 0,98, p = 0,61
Il n'y a pas de problème	45 (60,81)	34 (60,71)	11 (61,11)	
Il y a peut-être un problème	16 (21,62)	11 (19,64)	5 (27,78)	
Il y a un problème	13 (17,56)	11 (19,64)	2 (11,11)	
Tendance à l'inattention, l'hyperactivité, l'impulsivité (n=74)				χ^2 (2) = 2,80, p = 0,25
Il n'y a pas de problème	50 (67,57)	38 (67,86)	12 (66,67)	
Il y a peut-être un problème	11 (14,86)	10 (17,86)	1 (5,56)	
Il y a un problème	13 (17,58)	8 (14,29)	5 (27,78)	
Tendance aux phobies spécifiques (n = 74)				
Il n'y a pas de problème	52 (70,27)	39 (69,64)	13 (72,22)	χ^2 (2)=1,42, p = 0,49
Il y a peut-être un problème	18 (24,32)	13 (23,21)	5 (27,78)	
Il y a un problème	4 (5,41)	4 (7,14)	0 (0,0)	
Tendance à l'anxiété de séparation (n = 74)				χ^2 (2)=2,90, p = 0,87
Il n'y a pas de problème	55 (74,32)	42 (75,00)	13 (72,22)	
Il y a peut-être un problème	6 (8,11)	4 (7,14)	2 (11,11)	
Il y a un problème	13 (17,57)	10 (17,86)	3 (16,67)	
Tendance à la dépression (n = 74)				χ^2 (2)=1,81, p = 0,40
Il n'y a pas de problème	57 (77,03)	45 (80,36)	12 (66,67)	
Il y a peut-être un problème	7 (9,46)	4 (7,14)	3 (16,67)	
Il y a un problème	10 (13,51)	7 (12,50)	3 (16,67)	
Tendance à l'anxiété généralisée (n = 74)				χ^2 (2)=1,04, p = 0,60
Il n'y a pas de problème	63 (85,14)	49 (87,50)	14 (77,78)	
Il y a peut-être un problème	8 (10,81)	5 (8,93)	3 (16,67)	
Il y a un problème	3 (4,05)	2 (3,57)	1 (5,56)	

Note. * $p < 0,05$ ^a Le nombre de sujets varie dépendamment des données manquantes.

Fonctionnement global des enfants tel que perçu par l'éducateur

L'échelle de fonctionnement global (CAFAS) complétée par les éducateurs indique pour l'ensemble des jeunes un dysfonctionnement plus marqué dans leurs *relations familiales* et dans leurs *comportements avec les autres*. Des analyses de covariance à deux facteurs, soit sexe et médication (aucune, une, plus d'une) ont été réalisées en contrôlant la variable mesurant l'opinion de l'éducateur sur la médication. Des différences entre les groupes sont observées, indépendamment de l'opinion des éducateurs et du sexe de l'enfant ($p < 0,05$) (tableau 6). Les jeunes médicamenteux se font attribuer un fonctionnement plus perturbé dans leur *milieu familial* que ceux qui ne le sont pas. En moyenne, le dysfonctionnement est qualifié de «léger» pour les jeunes médicamenteux et de «normal» pour les autres. Ce résultat se traduit par des difficultés plus importantes chez les médicamenteux à répondre aux exigences minimales de leur milieu de vie. De plus, ils éprouvent de la difficulté à suivre les règles à la maison et ont tendance à adopter des comportements irresponsables. Également, leurs *comportements envers les autres*, leurs *humeurs* et leur *pensée* sont perçus par les éducateurs comme étant plus perturbés que ceux des enfants non médicamenteux. Ils manifesteraient plus de comportements perturbateurs, hostiles, une humeur dépressive et anxieuse et des distorsions de la pensée (telles que les obsessions et suspicions). Le dysfonctionnement au niveau du *comportement envers les autres* et des *humeurs* est qualifié de «léger» et de «normal» en ce qui concerne les *pensées*. Leur fonctionnement à l'école et dans la communauté ne diffère pas de celui du groupe contrôle.

Dans les deux groupes, un risque de comportement suicidaire actuel ou passé est rare (7,46% des enfants médicamenteux et 4,55% des enfants non médicamenteux), de même que le risque de fugue (3% chez les médicamenteux et 0% chez les non médicamenteux). La présence de symptômes psychotiques sévères (idées ou langage incohérents, expression verbale extrêmement bizarre et non communicative, délires, hallucinations, perte de mémoire à court terme, désorientation temporelle ou spatiale) est également inhabituelle (7,46% chez les médicamenteux et 0% chez les non médicamenteux).

Enfin, le score total de l'ensemble des sous-échelles du CAFAS est distinct entre les deux groupes, puisque la somme totale chez les médicamenteux équivaut à 76,09, alors qu'elle est de 44,24 pour les autres. Ce résultat révèle que les enfants médicamenteux ont «besoin de soins supplémentaires en plus de ceux offerts à l'externe», tandis que le niveau de fonctionnement des enfants du groupe témoin indique qu'ils «peuvent recevoir des soins en clinique externe pourvu que des comportements à risque ne soient pas présents» (Hodges, 1996).

Les enfants médicamenteux sont donc perçus par les éducateurs comme présentant des difficultés plus sévères que les enfants non médicamenteux au niveau de leur fonctionnement global.

Tableau 6. *Fonctionnement global de l'enfant (score moyen et écart-type) par groupe d'appartenance (CAFAS).*

Variables	Moyenne et écart-type	Moyenne ajustée ^a et erreur standard		<i>F</i> (num, dén), <i>p</i>
	Échantillon total (<i>n</i> = 101)	Médicamentés (<i>n</i> = 71)	Non médicamentés (<i>n</i> = 30)	
<i>n</i> disponible	(<i>n</i> = 89)	(<i>n</i> = 67)	(<i>n</i> = 22)	
Fonctionnement dans la famille ^b	13,93 ± 10,40	15,66 ± 1,37	7,99 ± 2,13	<i>F</i> (1,84) = 4,49, <i>p</i> = 0,04*
Fonctionnement à l'école	16,85 ± 10,29	17,52 ± 1,40	13,03 ± 2,17	<i>F</i> (1,84) = 2,91, <i>p</i> = 0,09
Fonctionnement dans la communauté	4,65 ± 8,57	4,26 ± 1,22	2,69 ± 1,88	<i>F</i> (1,83) = 0,48, <i>p</i> = 0,49
Comportement envers les autres	12,92 ± 8,82	13,48 ± 1,13	8,21 ± 1,75	<i>F</i> (1,84) = 6,18, <i>p</i> = 0,02*
Fonctionnement dans les humeurs	12,92 ± 8,01	14,24 ± 1,12	9,04 ± 1,74	<i>F</i> (1,84) = 6,07, <i>p</i> = 0,02*
Comportement auto-destructeur	3,59 ± 8,15	4,06 ± 1,17	0,62 ± 1,81	<i>F</i> (1,84) = 2,46, <i>p</i> = 0,12
Fonctionnement dans au niveau de la pensée	7,52 ± 9,92	7,68 ± 1,33	2,66 ± 2,08	<i>F</i> (1,84) = 4,01, <i>p</i> = 0,05*
Somme des sous-échelles ^c	72,38 ± 44,81	76,09 ± 5,67	44,24 ± 8,78	<i>F</i> (1,84) = 9,44, <i>p</i> = 0,001**

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

^a Valeurs ajustées en fonction de l'opinion des éducateurs.

^b Seuils de dysfonctionnement pour les sous-échelles : Aucun : 0-9 Léger : 10-19 Moyen : 20-29 Sévère : 21-30.

^c Seuils de dysfonctionnement pour la somme des sous-échelles :

0-10 Le jeune ne manifeste aucune détérioration notable.

20-40 Le jeune peut recevoir des soins en clinique externe pourvu que des comportements à risque ne soient pas présents.

50-90 Le jeune peut avoir besoin de services supplémentaires en plus de soins à l'externe.

100-130 Le jeune a probablement besoin de soins plus intensifs que ceux offerts à l'externe et/ou qui comprennent des soins de soutien multidimensionnels.

140 et + Le jeune a probablement besoin de traitements intensifs, lesquels seraient déterminés en fonction des facteurs de risque présents et des ressources disponibles au sein de la famille et de la communauté.

Les prédicteurs de la poursuite de l'usage de médicaments

Le tableau 7 présente les résultats du modèle de régression logistique. La méthode ascendante pas à pas (rapport de vraisemblance) a été utilisée. La variable dépendante (à prédire) est le fait d'être médicamenté ou non et les variables indépendantes (prédicteurs) sont les psychopathologies, le fonctionnement global et l'opinion de l'éducateur sur le recours à la psychopharmacothérapie. Les variables significatives distinguant les groupes médicamentés et non médicamentés au seuil statistique de 0,05 ont été utilisées avec la procédure pas à pas pour sélectionner le modèle. Les variables significatives mesurant les psychopathologies et le fonctionnement global (l'ensemble des sous-échelles, à l'exception des échelles totales puisque les variables doivent être mutuellement exclusives), ainsi que l'opinion des éducateurs sur le recours à la pharmacothérapie ont donc été utilisées pour sélectionner le modèle. Les résultats indiquent que deux variables sont retenues comme ayant une contribution significative au modèle, soit celle mesurant les symptômes d'un état de stress post-traumatique perçus par l'éducateur et l'opinion des éducateurs. Les enfants qui, selon l'éducateur, présentent ces symptômes ont 1,55 fois plus de risque que leur psychopharmacothérapie soit maintenue et 1,18 fois s'ils sont suivis par un éducateur qui perçoit favorablement cette modalité thérapeutique. Le modèle explique 47,70% de la variance de notre variable dépendante (être médicamenté) et il permet de classer correctement les sujets dans 84% des cas.

Tableau 7. *Variables prédictives de la poursuite de l'usage de la médication psychotrope par groupe d'appartenance.*

Variables	B	Coefficients de Wald	DI	Rapports de cote	Intervalles de confiance, 95% (faible, élevé)	
Symptômes d'un état de stress post-traumatique	0,41**	12,90	1	1,55	1,23	1,94
Opinion de l'éducateur sur la psychopharmacothérapie	0,14**	5,40	1	1,18	1,05	1,32

Note. ** $p < 0,01$

Discussion

Portrait psychopathologique et fonctionnement global des enfants placés et médicamenteux

L'objectif de ce chapitre consistait à cibler le portrait psychopathologique et le fonctionnement global des enfants hébergés en Centre jeunesse et qui prennent des médicaments psychotropes. Il s'agissait également de connaître le savoir et l'opinion de l'éducateur sur la psychopharmacothérapie. Un des principaux résultats de l'étude concerne les distinctions observées entre le portrait psychopathologique des enfants médicamenteux et ceux qui ne le sont pas. Ces différences sont indépendantes de l'opinion des éducateurs sur la psychopharmacothérapie, du sexe des sujets et du fait qu'il s'agisse de monoprescription ou de polyprescription. En effet, le portrait diagnostique et symptomatologique, ainsi que le fonctionnement global s'équivalent entre les garçons et les filles médicamenteux. Il est également comparable entre les

jeunes polymédicamentés et ceux ayant une monoprescription. Une seule variable distingue les enfants polymédicamentés, soit d'être jugés par leurs éducateurs comme étant plus inattentifs et plus hyperactifs que les sujets médicamentés avec une monoprescription. Donc, de façon générale, les différences observées sont attribuables au fait de prendre une molécule ou non, quel que soit le nombre de médicaments prescrits et l'opinion de l'éducateur sur ce type de traitement.

D'abord, sous l'angle des diagnostics, la prévalence est plus élevée chez les enfants médicamentés et la comorbidité est importante, puisque la moitié des participants cumule les diagnostics. Le TDAH est le plus fréquent. La comorbidité la plus commune implique ce diagnostic et celui du trouble de l'attachement. En comparaison avec des études portant sur le portrait des enfants placés et médicamentés, la proportion de TDAH s'avère plus importante, puisqu'elle représente habituellement un tiers des enfants (DosReis et al., 2001; Zito et al., 2008). Elle est néanmoins similaire à celle obtenue par l'étude du MSSS (2007), dans un échantillon d'enfants placés hors d'un milieu familial. La prévalence des autres diagnostics les plus fréquents, soit le trouble de l'attachement et le trouble oppositionnel est comparable à l'étude antérieure de Zito et al. (2008). Par contre, le trouble des apprentissages n'avait pas été associé auparavant chez les enfants placés et médicamentés. De plus, contrairement aux études de Lafortune et al. (2004) et de Connor (1998), les troubles psychotiques et bipolaires n'ont pas été rapportés dans cette étude. Ceci peut s'expliquer par le jeune âge des participants, ces diagnostics étant rarement posés avant l'adolescence.

Selon la perspective des éducateurs, le trouble de comportement, le trouble oppositionnel ainsi que les problèmes anxieux et affectifs caractérisent le plus les jeunes sous psychopharmacothérapie. Selon l'entrevue menée auprès des enfants, le trouble oppositionnel, le trouble des conduites et le TDAH sont les plus fréquents, tant chez les sujets médicamenteux que non médicamenteux.

Pour ce qui est des symptômes, selon la perspective des éducateurs, les enfants médicamenteux ont plus de difficultés au plan social, sont plus inattentifs, hyperactifs et agressifs. Ils présentent plus de problèmes de la pensée et de comportements sexuels problématiques et ils sont aussi plus nombreux à manifester des symptômes d'un état de stress post-traumatique. Selon l'autoévaluation au Dominic interactif, les participants médicamenteux et non médicamenteux présentent un profil symptomatologique similaire, composé de trouble des conduites, de trouble oppositionnel et de TDAH.

Dans le cas des éducateurs comme dans celui des jeunes, les diagnostics atteignent un seuil critère «limite». Par contre, la répartition des diagnostics diffère selon qu'ils proviennent de l'information contenue dans les dossiers, ou qu'ils s'appuient sur la perception des éducateurs et celle des sujets. Par exemple, dans les dossiers, aucun diagnostic de TSPT n'est avéré, alors que les éducateurs reconnaissent des symptômes associés à ce syndrome. Ceci peut paraître surprenant considérant les antécédents de traumatismes auxquels ont été exposés les enfants (tel que décrit au chapitre 3). La nomenclature actuelle du DSM-IV peut expliquer pourquoi les diagnostics de post-traumatisme figurent plus rarement dans les dossiers. En effet, ces derniers font l'objet de révisions afin de mieux délimiter leurs critères et d'accroître

leur validité, puisque les signes diagnostiques ne correspondraient pas tout à fait à la situation des enfants d'âge scolaire (AACAP, 1998; Hageaars, Fisch, & van Minnen, 2011; Schreir, Ladakakos, Morabito, Chapman, & Krudson, 2005; Zeanah & Gleson, 2010). L'évaluation de ces troubles s'avère ainsi plus complexe. Il est donc recommandé d'examiner l'intensité des symptômes et leur conséquence sur le fonctionnement de l'enfant, plutôt que de se baser uniquement sur les critères du DSM-IV-TR (Berthiaume, 2007).

Les éducateurs rapportent également davantage de trouble de comportement et de trouble affectif chez les sujets médicamentés, comparativement à l'information contenue dans les dossiers et au portrait rapporté par les enfants. Les troubles anxieux sont plus reconnus par les éducateurs et par les jeunes, mais seraient moins diagnostiqués. Le fait que les éducateurs côtoient les jeunes au quotidien peut expliquer pourquoi ils ont davantage accès aux problématiques intériorisées.

De plus, on observe des distinctions entre les deux groupes à partir des données issues des dossiers et de l'éducateur, mais pas de l'enfant. En effet, lorsque les enfants sont questionnés sur leurs difficultés, aucune différence n'est observée entre les deux groupes. Les enfants médicamentés et non médicamentés rapportent des problématiques similaires et ils se reconnaissent moins de symptômes. Ce résultat pourrait s'expliquer par un effet de la désirabilité sociale, comme il s'agit d'une mesure autorapportée. Également, les enfants admettent principalement leurs symptômes extériorisés, comme s'il s'avérait plus difficile pour eux d'identifier des symptômes intériorisés, tels que la tristesse ou l'anxiété. Il est possible que leur capacité

introspective et réflexive soit plus limitée et que ces enfants soient davantage en mesure de reconnaître et d'admettre leurs comportements extériorisés.

Au plan diagnostique et symptomatologique, ce sont donc d'abord les troubles extériorisés qui sont plus fréquents chez les médicamentés, qu'importe la mesure utilisée, ce qui correspond aux études antérieures (Martin et al., 2003; Raghavan et al., 2005; Schur, Sikich, Findling, Malone, Crismon, & Drivan, 2003). De plus, leur fonctionnement global est plus sévèrement atteint dans leur milieu familial, au plan de leurs humeurs, de leurs pensées et de leurs comportements envers les autres, ce qui va dans le sens des résultats de Zima et al. (1999b). Ces résultats sont aussi appuyés par ceux obtenus dans les études décrivant le portrait des enfants placés (Silver, Duchnowski, Kutash, Friedman, Eisen, Prange et al., 1992; Leslie et al., 2004; Scholte, 1997; Zima et al., 2000). La multitude et l'intensité des symptômes observés dans cette étude peuvent être liées à l'historique de négligence, de traumatismes et d'instabilités vécus par les enfants en bas âge, tel que documenté dans le chapitre précédent. Ceci va dans le sens de nombreux travaux (par ex. De Bellis, 2001; Kolko, Hurlburt, Zhang, Barth, Leslie, & Burns, 2010; Schore, 2001), qui ont démontré l'impact de ces expériences sur le fonctionnement de l'enfant et le développement de psychopathologies.

Classe de médicament prescrits et psychopathologies

Les résultats révélés dans le chapitre 2 démontrent que les psychostimulants et les antipsychotiques atypiques sont les molécules les plus prescrites (92,86% et 51,42%). Le nombre de diagnostics de TDAH inscrit au dossier et les observations des éducateurs peuvent expliquer la prescription de psychostimulants. Les résultats

s'appuyant sur les critères diagnostiques du DSM-IV (i.e. KSADS et échelle DSM du CBCL) démontrent que le seuil clinique du TDAH n'est pas atteint, ce qui pourrait s'expliquer par une diminution des symptômes attribuable à la prise de psychostimulants. Néanmoins, selon la perception des éducateurs, les symptômes d'inattention et d'hyperactivité demeurent élevés chez les enfants médicamentés et plus particulièrement chez les polymédicamentés, puisqu'ils se situent au-delà du seuil clinique au CBCL (échelles de symptômes). La combinaison de médication ne semble donc pas engendrer une réduction de ces symptômes en deçà d'un seuil clinique. Par ailleurs, seule une étude à double insu avec pré et post-test permettrait de préciser les liens de causalité entre les variables. À priori, les psychostimulants sont jugés efficaces chez les enfants qui présentent un TDAH, au niveau de l'attention, de l'agitation, de la distractibilité et de l'impulsivité (Brown, 2005). De tels résultats n'ont pas encore été rapportés chez les enfants placés, puisque le nombre d'études sur l'efficacité des médicaments psychotropes dans cette population est plus limité.

Mis à part les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques sont prescrits dans 51,4% des cas. Ces ordonnances peuvent être liées à l'opposition et à l'impulsivité telles que décrites dans les dossiers, par les éducateurs et les enfants, ce qui correspondrait à ce qui est observé dans d'autres études portant sur la psychopharmacothérapie chez les jeunes (Papadopoulos, Macintyre, Crismon, Findling, Malone, Derivan et al., 2003). Les prescriptions d'agoniste alpha adrénergique pourraient aussi être liées aux symptômes extériorisés rapportés tant par les éducateurs, les enfants que dans les dossiers institutionnels. Les prescriptions d'antidépresseurs pourraient être liées aux symptômes anxieux et dépressifs

principalement observés par les éducateurs ou encore, au pourcentage de diagnostics de troubles de l'humeur et de troubles anxieux inscrits au dossier.

Un modèle des prédicteurs de la poursuite de l'usage de la prescription

Les résultats de la régression logistique indiquent que les symptômes de TSPT tel que perçus par l'éducateur prédisent le maintien du recours aux médicaments psychotropes, en plus de l'opinion favorable des éducateurs sur le recours à la pharmacothérapie. Ainsi, les enfants qui manifestent des symptômes d'un état de stress post-traumatique et qui sont suivis par un éducateur ayant des croyances favorables sur la médication sont plus susceptibles de voir leur médication se poursuivre dans le cadre de leur placement. Ce résultat peut d'abord amener à comprendre les difficultés des enfants placés comme des réactions à l'exposition à des stressseurs chroniques. En effet, les enfants placés et médicamenteux peuvent avoir développé, suite aux traumatismes, une réactivité accrue au stress, qui peut se traduire par des symptômes d'agitation, d'inattention et d'agressivité (D'andrea et al., 2012; DeBellis, 2006; DePrince, Weinzierl, & Combs, 2008). Les traumatismes subis en bas âge, tels que les abus et la négligence, peuvent engendrer des difficultés d'autorégulation, des explosions de colère, de l'hypervigilance, de la dissociation, une altération des relations avec les autres, de la peur et de l'anxiété (Berthiaume, 2007; Milot et al., 2011; Schore, 2001; 2009). Les symptômes d'inattention, d'agitation et d'opposition pourraient donc être liés à un TSPT, ce qui peut amener à questionner la prédominance de TDAH rapportée dans cette étude. En effet, bien que la comorbidité entre le TDAH et le TSPT soit commune, la question du diagnostic différentiel se pose (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson, & Stiefel, 2002; Franc et al., 2008). Le fait que ce diagnostic ne soit pas

inscrit dans les dossiers peut s'expliquer par des lacunes au plan de la classification actuelle du TSPT chez les enfants, par une difficulté à procéder au diagnostic différentiel ou encore par une méconnaissance du trouble chez les intervenants, comparativement au TDAH, qui est plus largement connu du public (D'andrea et al., 2012).

Par ailleurs, les équipes de Fisher et Dozier (2009) et de van der Kolk (2005) constatent que le portrait psychopathologique des enfants placés correspond difficilement aux catégories diagnostiques déjà existantes. Il s'agirait plutôt d'un syndrome neurodéveloppemental, où les difficultés de régulation émotionnelle se situeraient au premier plan. En ce sens, selon ces auteurs, la médication habituellement prescrite pour diminuer l'inattention et l'hyperactivité, soit les psychostimulants, ne paraît pas tout à fait appropriée pour ces enfants. En effet, le TDAH dont souffrent les enfants issus de la population générale diffère de celui observé chez les enfants placés, qui référerait à un syndrome neurodéveloppemental plus large, engendré par la négligence en bas âge. Ceci pourrait expliquer les symptômes élevés d'agitation et d'inattention en dépit du taux de prescription.

Afin de valider ces hypothèses de sur-diagnostic de TDAH et de sous-diagnostic de TSPT, les critères définissant ce syndrome devraient d'abord être bien établis, pour ensuite le comparer aux catégories diagnostiques déjà existantes et, tel que mentionné précédemment, procéder à un devis de recherche avec pré et post-test.

En plus des symptômes de TSPT, il appert que l'opinion favorable des éducateurs envers la médication peut accroître les probabilités que l'enfant continue de recevoir une médication dans le cadre de son placement. L'éducateur peut donc jouer

un rôle dans la détection des difficultés des enfants et dans la trajectoire des services médicaux. L'étude de Moses et Kirk (2008) avait révélé que les intervenants sociaux se perçoivent comme des acteurs importants dans la contribution à l'expérience de la médication chez les jeunes. Les intervenants qui ont une orientation théorique plus médicale, des connaissances et de la formation en psychopharmacothérapie considèrent les effets du traitement comme étant plus positifs (Moses & Kirk, 2008). Les résultats de la présente étude soulèvent l'importance de la formation des intervenants en pharmacothérapie, en plus de celle portant sur le dépistage et le traitement du syndrome de stress post-traumatique.

Les enfants non médicamenteux

En ce qui a trait au portrait des enfants non médicamenteux, l'hypothèse de la résilience nous semble importante à considérer. Face aux traumatismes, il existe une grande diversité des réponses pour y faire face, qui varient éminemment d'un individu à l'autre. L'intensité subjective des événements traumatiques est parfois plus importante à considérer que l'intensité objective pour qualifier les impacts psychiques. Il est possible qu'un certain pourcentage d'enfants, bien qu'ayant été confronté à des situations de vie hautement traumatiques, y réagisse mieux (Anaut, 2003). Afin de soutenir en profondeur cette hypothèse, il faudrait connaître davantage les facteurs de protection et les stratégies d'adaptation de ces enfants placés qui paraissent moins symptomatiques, à lumière des résultats sur leur portrait psychopathologique.

Conclusion

Cette étude a brossé le tableau psychopathologique des enfants placés qui reçoivent une psychopharmacothérapie. Le profil de l'enfant médicamenté est complexe, avec des symptômes tant intériorisés qu'extériorisés et une comorbidité psychiatrique. L'étude a permis de dégager deux prédicteurs de la poursuite de l'usage de la psychopharmacothérapie, soit des symptômes de TSPT et l'opinion favorable des éducateurs sur cette forme de traitement. De tels résultats n'avaient pas été établis dans des recherches antérieures. Ils soulignent l'importance de l'évaluation exhaustive des troubles présentés par les enfants, au-delà des symptômes extériorisés, pour lesquels des liens avec la médication ont déjà été démontrés, de manière à mieux comprendre leur tableau clinique. Ils soulèvent également la nécessité de s'attarder aux perceptions des intervenants œuvrant auprès des jeunes et à leur influence dans le recours aux services.

Limites de l'étude

Cette étude comporte des limites. D'abord, la faible taille de l'échantillon a restreint les possibilités d'analyses statistiques, ce qui peut nuire à la généralisation des résultats. Les données manquantes peuvent également limiter l'interprétation des résultats. Le devis de recherche ne permet pas de conclure à des liens de causalité. Une investigation longitudinale incluant des mesures avant et après la prise de médication permettrait de mieux connaître le portrait des enfants médicamentés. Un devis de recherche à l'aveugle pourrait également permettre de contrôler l'influence possible du fait de savoir que l'enfant est médicamenté sur l'évaluation de ses symptômes (l'effet pygmalion, Rosenthal & Jacobson).

L'instrumentation utilisée dans l'étude comporte ses limites. Les diagnostics rapportés n'ont pas fait l'objet d'une évaluation plus formelle (à l'aide par exemple Test of Every Day Attention (TEA-CH) pour le TDAH). Une évaluation plus approfondie du TSPT à l'aide d'outils valides s'avère également primordiale afin de bonifier les résultats. Il aurait aussi été intéressant de mesurer les troubles de l'attachement auprès de l'enfant (par exemple, par le biais d'histoires à compléter (Glober-Tippel, König, & Lahl, 2008)), ce qui aurait permis de connaître les liens entre les types d'attachement et la médication. L'utilisation de questionnaires complétés par les éducateurs n'ayant pas nécessairement de formation spécialisée limite la validité des mesures de symptômes. De même, l'utilisation de questionnaires autorapportés peut aussi restreindre la validité des mesures de symptômes. Les informations concernant la médication proviennent des dossiers de la DPJ et de l'éducateur; la consultation du dossier médical et l'entretien avec le médecin prescripteur permettraient par ailleurs de préciser ces variables et d'accroître la validité des résultats.

Références

- Anaut, M. (2003). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. J-L. Pedinielli (dir.), Lyon, France : Nathan Université.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (10), 1-52.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Rescola (2007). *Manual for the ASEBA school-aged forms and profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Angold, A. Erkanli, A., Egger, H.L., & Costello, E.J. (2000). Stimulant treatment for children : a community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975-984.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2009; 2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Bentley, K., & Walsh, J. (dir.) (2006). *The social worker and psychotropic medication*. New York, United States : Brooks/Cole.
- Berg, W.E., & Wallace, M. (1987). Effect of treatment setting on social worker's knowledge of psychotropic drugs. *Health and Social Work*, 12 (2), 144-152.

- Berthiaume, C. (2007). *Le trouble de stress post-traumatique chez les enfants : état des connaissances et examen de l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental suite à un événement traumatique unique*. Thèse de doctorat, Département de psychologie, UQAM, Québec, Canada. Récupéré d'Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM.
- Bonfield, S., Collins, S., Guishard-Pine, J., & Langdon, P.E. (2012). Help-seeking by foster-carers for their looked after children: the role of mental health literacy and treatment attitudes. *The British Journal of Social Work, 40* (5), 1335-1352.
- Bradley, S.S. (2003). The psychology of the psychopharmacology triangle: the client, the clinicians and the medication. *Social Work in Mental Health, 1* (4), 29-50.
- Brelan-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatrics Services, 55* (6), 706-708.
- Brown, R. T. (2005). Recent advances in pharmacotherapies for the externalizing disorders. *School Psychology Quarterly, 20*, 118-134.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., & Landversk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 43* (8), 960-970.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J.W., Harrington, H., Smeijers, J., & Silva, P.A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6*, 101-114.

- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactive disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*, 179-198.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies, 7*, (3), 283-296.
- Connor, D.F. (dir.) (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents : research and treatment*. New York, United States: Guilford Press.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Kusiak, K.A., Caponi, A.B., & Melloni, R.H. (1997). Combined pharmacotherapy in children and adolescents in a residential treatment center. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 36* (2), 248-254.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Harrison, R.J., & Melloni, R.H. (1998). Prevalence and patterns of psychotropics and anticonvulsivant medication in children and adolescents referred to residential treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 8* (1), 27-28.
- Crijen, A.A., Achenbach, T.M., & Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1269-1277.
- Dale, G., Kendall, J.C., Humber, K., & Sheehan, L. (1999). Screening young foster children for posttraumatic stress disorder and responding to their needs for treatment. *APSAC Advisor, 12* (2).

D'andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2012).

Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82 (2), 187-200.

DeBellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological

development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy. *Development and Psychopathology*, 13 (3), 539-564.

Dehon, C., & Scheeringa, M.S. (2006). Scening for the preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4), 431-435.

DeGroot, A., Koot, H.M., & Verhulst, F.C. (1995). The cross-cultural generalizability of the CBCL cross-informant syndromes. *Psychological Assessment*, 6, 225-230.

DePrince, A.P., Weinzierl, K.M., & Combs, M.D. (2009). Executive performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse and Neglect*, 33, 353-361.

DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91 (7), 1094-1099.

Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S., West, J.C., Zarin, D.A., Rubio-Stipec, M.,

Pincus, H.A., & Regier, D.A. (2005). Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15, (1), 12-15.

- Ethier, L.S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57 (2), 136-145.
- Farmer, E.M.Z., Burns, B.J., Chapman, M.V., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E.J. (2001). Use of mental health services by youths in contact with social services. *Social Services Review*, 75, 605-624.
- Ferguson, D., Glesener, D., & Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16 (4), 474-481.
- Fisher, P., & Dozier, M. (2009). Mental health outcomes for children in two therapeutic foster care randomized trials. *Biennial Meeting, Society for the Research in Child Development*. Denver, Colorado, United States.
- Franc, N., Maury, M., & Purper-Ouakil, D. (2008). Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH): quels liens avec l'attachement ? *L'encéphale*, 35, 256-261.
- Garland, A.F., Hough, R.L., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., & Aarons, G.A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (4), 409-418.
- Glober-Tippel, G., König, L., & Lahl, O. (2008). Représentations d'attachement évaluées avec les histoires à compléter et troubles du comportement chez des enfants de six ans. *Enfance*, 60 (1), 42-50.

- Green, W.H. (dir.) (2007). *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. Philadelphia, United States: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hagenaars, M.A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). Age of onset and trauma frequency affect PTSD symptom profiles. *Journal of Affective Disorders, 132*, 192-199.
- Hodges, K. (dir.) (2000). *Child and Adolescent Functionnal Assesement Scale Self Training manual (CAFAS)*. Ypsilanti, MI, United States: Eastern Michigan University.
- Hodges, K., & Wong, M.M. (1996). Psychometric characteristics of a multidimensional measure to assess impairment: The Child and Adolescent Functionnal Assesement Scale (CAFAS). *Journal of Child and Family Studies, 5* (4), 445-467.
- Jensen, P.S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H.R., Dulcan, M.K., Schwab-Stone, & Lahey, B.B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental health disorder: are both informants always necessary? *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (12), 1569-1579.
- Jonhson, H.C., Renaud, E.F., Schmidt, D.T., & Stanek, E.J. (1998). Social workers views of parents of children with mental and emotional disabilities. *Families in Society, 79*, 173-187.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial

reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B.J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: a national sample of in-home and out-of-home care. *Child maltreatment*, 15(1), 48-63.

Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33 (1), 157-176.

Landsverk, J., Garland, A.F., & Leslie, L.K. (2002). Mental health services for children reported to child protective services. Dans J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny, & T.A. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2e ed., p.487). Thousand Oaks, CA, United States: Sage Publications, Inc.

Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., Landsverk, J., Barth, R., & Slymen, D.J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care: a national perspective. *Child Abuse & Neglect*, 28, 697-712.

Linares Scott, T.J., Short, E.J., Singer, L.T., Russ, S.W., & Minnes, S. (2006). Psychometric properties of the Dominic interactive assessment. *Assesment*, 13 (1), 16-26.

Martyn, K.K., & Belli, R.F. (2002). Data retrospective collection using life history calendar. *Nursing Research*, 51 (4), 270-274.

- Martin, A., VanHoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut medicaid managed care. *Psychiatric services, 54* (1), 72-77.
- Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D., & Provost, M.A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioural problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse and Neglect, 34*, 225-234.
- Milot, T., St-Laurent, D., Ethier, L.S., & Provost, M.A. (2011). Trauma related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother child communication. *Child Maltreatment, 15* (4), 293-304.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Gouvernement du Québec, Canada. 79 p.
- Minnis, H., Pelosi, A.J., & Dunn, J. (2001). Mental health and foster carer training. *Archives of Disease in Childhood, 84*, 302-306.
- Mouren-Siméoni, M-C. (2002). *Kiddie Sads version vie entière, 6-18 ans*. Paris, France : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Moses, T. (2003). *Social worker's perspective on medicalized treatment for youth*. Dissertation Doctor of Philosophy in Social Welfare. University of California, Los Angeles, États-Unis.
- Moses, T., & Kirk, S.A. (2006). Social worker's attitude about psychotropic drug treatment with youth. *Social Work, 51* (3), 211-223.
- Moses, T., & Kirk, S.A. (2008). Social work roles in drug treatment with youth. *Social Work and Mental Health, 6* (3), 59-81.

- Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C. Pouliot, E., Chantal M., & Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans : M-H. Gagnon, S. Drapeau, & M-C. Saint-Jacques, *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p.71-85). Québec, Canada : Les presses de l'Université Laval.
- Nakamura, B.J., Ebesutani, C., Berstein, A., & Chorpita, B.F. (2008). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, 31, 178-189.
- Ouellette, V. (2005). Le Dominic Interactif. *Tutorials in Quantitative Methods for psychology*, 1(1), 4-10.
- Papadopoulos, E., Macintyre, J.C., Crismon, M.L., Findling, R.L., Malone, R.P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S.B., Felton, C.J., Kranzler, H., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S.E., & Jensen, P.S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 145-161.
- Pathak, S., Arszman, S.P., Danielyan, A., Johns, E.S., Smirnov, A., & Kowatch, R.A. (2004). Psychotropic utilization and psychiatric presentation of hospitalized very young children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14 (3), 433-442.
- Phillips, S.D. (1997). Toward an expanded definition decision making. *Career Development Quarterly*, 45 (3), 275-287.

- Perry, B.D. (2010). Child maltreatment: a neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. Dans T.P Beauchaine & S.P. Hinshaw, *Child and Adolescent and Psychopathology*. New Jersey, United States: Wiley & Sons.
- Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P., & Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15 (2), 121-131.
- Raghavan, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 97-106.
- Roskam, I., Stievenart, M., Meunier, J.C., Van de Moortele, G., Kinoo, P., & Nassogne, M-C. (2010). Le diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé est-il fiable ? Mise à l'épreuve d'une procédure multi-informateurs et multi-méthodes. *Pratiques Psychologiques*, 17, 189-200.
- Scholte, E. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (6), 657-666.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1), 201-269.
- Schore, A.N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. The neurobiology of broken attachment bonds. Dans T. Bradon, *Relational Trauma in*

Infancy. Psychoanalytic and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy. (p.19-47). London : Taylor & Francis.

Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L., & Knudson, M.M. (2005).

Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent child symptom reporting. *Journal of Trauma*, 58, 353-363.

Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.L., Malone, R.E., Crismon, M.L., & Drivan, A.

(2003) Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAY). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 132-144.

Silver, S.E., Duchnowski, A.J., Kutash, K., Friedman, R.M., Eisen, M., Prange, M.E.,

Brandenburg, N.A., & Greenbaum, P.E. (1992). A Comparison of children with serious emotional disturbance served in residential and school settings. *Journal of Child and Family Studies*, 1 (1), 43-59.

Valla, J-P., Bergeron, L., & Smolla, N. (2006). The Dominic-R: A pictorial interview

for 6 to 11 year old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 85-93.

Valla, J-P., Bergeron, L., St-Georges, M., & Berthiaume, C. (2000). Le Dominique

interactif : présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisations. *Revue canadienne de psychoéducation*, 29(2), 327-347.

van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35 (5),

401-408.

- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11* (2), 225-249.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999a). Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 9* (3), 135-147.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999b). Psychotropic medication use among children in foster care: Relationship to severe psychiatric disorder. *American Journal of Public Health, 89* (11), 1732-1735.
- Zima, B.T., Bussing, R., Yang, X., & Belin, T.R. (2000). Help-seeking steps and service use for children in foster care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 27* (3), 271-283.
- Zito, J.M., Craig, T.J., & Wanderling, J. (1994). Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *Journal of Pharmacoepidemiology, 3* (1), 47-62.
- Zito, J.M., Safer, D.J., DosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L., & Soeken, K. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 157*(1), 17-25.
- Zito, J.M., Safer, D.J., Sai, D., Gardner, J.F., Thomas, D., Coombes, P., Dubowski, M., & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics, 121* (1), 157-163.

Zeanah, C., & Gleason, M.M. (2010). Assessing infant and toddlers. *Dulcan's text book of Child and adolescent Psychiatry* (p.11). Washington, DC, United States: American Psychiatric Publishing.

Discussion générale

Les quatre études qui constituent cette thèse figurent parmi les premières à s'être intéressées spécifiquement à la psychopharmacothérapie chez les enfants de 6 à 12 ans placés dans les foyers de groupe et les centres de réadaptation en vertu de la loi de la Protection de la jeunesse. Ces analyses avaient pour but de préciser les variables sociodémographiques, anamnestiques et psychopathologiques associées aux prescriptions de médicaments psychotropes dans ce groupe d'âge. Elles ont permis de s'interroger sur les critères qui prévalent dans la décision de recourir à ce traitement et de mieux connaître les besoins cliniques spécifiques des enfants placés en bas âge.

Ce chapitre présente une synthèse et une intégration des résultats ainsi que des pistes de recherches futures. Des implications cliniques découlant des résultats sont également proposées. Les limites de la thèse sont explicitées en dernier lieu.

Synthèse et intégration des résultats

Recension des écrits

Le premier chapitre de cet ouvrage, une recension des écrits scientifiques, a permis de cerner les principaux aspects à considérer pour permettre une meilleure compréhension du recours à la médication chez les enfants placés. Ainsi, les données disponibles sur les psychopharmacoprescriptions et sur les psychopathologies infantiles ont été examinées, de même que le contexte organisationnel des services de protection de l'enfance et l'essor des théories biologiques de la santé mentale.

Il en ressort que les taux de prescriptions chez les enfants placés en Centre jeunesse varient entre 13% et 77%, selon la composition des échantillons et leur provenance géographique (Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner, & Burns, 2004; Connor, Ozbayrak, Harrison, & Melloni, 1998; Raghavan, Zima, Andersen,

Leibowitz, Schuster, & Landsverk, 2005; Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman, & Belin, 1999). Les problématiques de santé mentale touchent entre 20% et 80% des jeunes placés et elles sont multiples. Parmi celles-ci, on retrouve des troubles oppositionnels, des troubles de la conduite, des troubles de l'attachement, des troubles dépressifs et anxieux (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; DosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001; Garland, Landsverk, Hough, & Ellis-MacLeod, 1996; Helfinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000; Hussey & Guo, 2005; Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, Joly, Cyr et al., 2004). Les troubles externalisés et psychotiques sont les plus associés à la psychopharmacothérapie. Outre le tableau clinique, ce traitement est aussi corrélé à des antécédents de traumatismes, au type et à l'instabilité du placement ainsi qu'à l'âge et au sexe de l'enfant.

Cette recension des écrits a mis en lumière des lacunes dans la conceptualisation des troubles mentaux chez les jeunes, qui peuvent engendrer une confusion nosologique et nuire au choix du traitement. La définition et la terminologie employées pour décrire les problèmes de santé mentale et troubles mentaux des enfants qui résident dans un milieu substitut s'avèrent imprécises et diffèrent d'une étude à l'autre. Des recherches supplémentaires quant à l'intensité et la durée de symptômes, ainsi qu'au fonctionnement global de l'enfant sont apparues nécessaires afin de mieux comprendre les profils cliniques associés aux traitements médicamenteux.

Par ailleurs, au plan conceptuel, il appert que les théories neurobiologiques sont davantage associées au recours à la prescription (Healy, 1996; Moncrieff & Crawford, 2001). Selon ce champ de recherche et de pratique, l'étiologie des troubles mentaux est principalement d'ordre neurologique ou biochimique. C'est le cas par exemple du

modèle de dysfonctionnement dopaminergique du TDAH, à partir duquel le traitement médicamenteux psychostimulant a été élaboré, de manière à favoriser la concentration et à diminuer l'agitation psychomotrice (Lafortune, Gagné, & Blais, 2012). Dans les écrits recensés, on a pu constater l'influence des neurosciences dans les milieux médicaux et plus particulièrement sur les décisions de prescrire.

Résultats empiriques

Prévalence

La première étude empirique de cette thèse, intitulée *Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques aux enfants placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation*, démontre que 70,3% des enfants de 6 à 12 ans placés en milieu substitut reçoivent au moins un médicament psychotrope. Cette proportion compte parmi les plus élevées jamais rapportées, même si elle correspond à celle mentionnée dans l'étude du MSSS (2007). Elle corrobore les résultats obtenus par Lafortune, Laurier, & Gagnon, en 2004, soit qu'au Québec, le groupe des 6 à 12 ans placés hors d'un milieu familial représente celui où la prévalence de la médication est la plus fréquente. Comparativement aux résultats obtenus dans les échantillons américains, la prévalence constatée dans notre étude correspond davantage à celles des groupes d'enfants plus âgés et se rapproche de celles observées dans les milieux pédopsychiatriques (Dean, McDermott, & Marshall, 2006; Lekhwani, Nair, Nikhinson, & Ambrosini, 2004; Safer, 1997; Zito, Craig, & Wanderling, 1994). Il faut toutefois rappeler qu'à ce jour, à l'exception de deux recherches québécoises (Lafortune et al., 2004; MSSS, 2007), il n'existe pas d'échantillon comparable. En effet, les études précédentes ont inclus dans leur échantillon soit des groupes d'âge plus larges (ex. : 6-

18 ans) ou des contextes plus variés (famille d'accueil, foyer de groupe et centre de réadaptation). D'autres études portant spécifiquement sur les jeunes de 6 à 12 ans placés en bas âge seront nécessaires afin de mieux comprendre les causes de cette prévalence élevée de pharmacoprescription. Une meilleure compréhension des prédicteurs de l'usage de médicaments et de la trajectoire d'utilisation des services pourrait s'avérer pertinente. À ce propos, Raghavan, Lama, Kohl et Hamilton (2010) ont rapporté des différences entre les taux de prévalence de pharmacoprescription dans deux régions américaines (Texas 20,1% et Californie 7,1%), qui s'expliquent à la fois par des caractéristiques de l'enfant et par la région géographique. Parmi les prédicteurs de la médication (placement hors du milieu familial, âge, genre masculin, problèmes de comportement), il s'avère que certains pèsent davantage dans les décisions de prescrire dans une région que dans l'autre. Des facteurs tels que le placement hors du milieu familial, les problèmes extériorisés et intériorisés préoccupent en effet davantage au Texas. Ce résultat amène ces auteurs à souligner la nécessité de comprendre les contextes cliniques (ex. politiques de santé, accès aux soins spécifiques) dans les décisions de prescrire. Ces aspects semblent pertinents à documenter également au Québec, afin de mieux comprendre la prévalence élevée et l'utilisation des services (ex. s'agit-il d'un contexte spécifique au Québec, la prévalence est-elle la même ailleurs au pays ? Quelle est l'accessibilité aux soins pédopsychiatriques ? En quoi les services pour enfants se distinguent-ils d'une région à l'autre ?).

Le taux de polyprescription s'élève à 72% dans notre échantillon, alors qu'il se situait à 50% selon les études de Connor et al. (1998) et de Lafortune et al. (2004). Il s'agit d'une prévalence plus importante, qui peut s'expliquer de façon hypothétique par

une augmentation du recours à la polyprescription (Mojtabai, 2010). Toutefois, cette hypothèse serait à vérifier à partir d'études longitudinales et par la comparaison d'échantillons issus de structures cliniques comparables (foyers de groupe) et ayant des caractéristiques personnelles similaires (en termes de données sociodémographiques, anamnestiques et psychopathologiques).

Les observations faites par Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes et al. (2008) auprès d'enfants placés en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation sont comparables aux résultats de cette thèse; soit que les jeunes de 10 à 14 ans reçoivent en moyenne 2,54 médicaments différents. L'hypothèse la plus probable pour expliquer l'usage de la polyprescription réside dans l'approche par symptôme. Tel qu'avancé par Connor (Connor, 2002; Connor & Steingard, 1996) et Green (2007), les pratiques de prescriptions aux enfants et adolescents sont dorénavant de plus en plus fondées sur une approche ciblée des symptômes, délaissant celle orientée sur le diagnostic principal. La notion de comorbidité, qui caractérise bien le profil des enfants placés, peut aussi expliquer le recours à plus d'un médicament (Duffy, Narrow, Rae, West, Zarin, Rubio-Stipec et al., 2005).

Médication prescrite

Les types de médicaments prescrits dans cette étude rejoignent ceux observés antérieurement dans les populations infantiles et adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse (Brelan-Noble et al., 2004; Connor et al., 1998; Ferguson, Glesener & Raschick, 2006; Lafortune et al., 2004). Les psychostimulants figurent au premier rang (92,86%), suivis des antipsychotiques atypiques (51,42%) et ces ordonnances sont motivées par des diagnostics de TDAH et des comportements

agressifs. Ces résultats ne diffèrent pas de la tendance actuelle à utiliser ces molécules dans divers environnements cliniques pour contenir les états agressifs, impulsifs et hyperactifs. La popularité des psychostimulants peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit des molécules à propos desquelles il se publie le plus de travaux en pédopsychiatrie (Bailly, 2007). Néanmoins, une prévalence si élevée de psychostimulants (i.e. 92,86%) n'avait pas été observée auparavant. Elle peut être liée à l'importante proportion de diagnostics de TDAH inscrits au dossier et aux symptômes d'inattention et d'hyperactivité fréquemment observés par les éducateurs, tel que décrit dans la troisième étude (Chapitre 4 : *Le recours à la psychopharmacothérapie en Centre jeunesse : Portrait psychopathologique des enfants placés et perception du traitement par les éducateurs*). En ce sens, des recherches futures devraient s'attarder à l'efficacité des psychostimulants chez les enfants maltraités. Elles devraient viser à mieux décrire les fonctions attentionnelles à partir d'évaluations psychologiques standardisées, pour ainsi mieux soutenir la réflexion sur la pertinence et l'efficacité d'un traitement par psychostimulants dans cette population.

Portrait des enfants placés et médicamentés

Dans cette thèse, cinq principaux ensembles de facteurs se sont avérés associés à la médication : 1) les facteurs psychopathologiques (les diagnostics, les symptômes et le fonctionnement global), 2) sociaux (l'opinion de l'éducateur), 3) anamnestiques (le placement et les stressors psychosociaux), 4) sociodémographiques (l'âge actuel) et 5) liés à la prise en charge (l'âge au moment de la première prescription). Ces variables caractérisent tant le profil des enfants monomédicamentés que celui des polymédicamentés, à l'exception de l'âge lors de la première prescription et lors du

premier placement (plus jeune chez les polymédicamentés) et des symptômes d'hyperactivité et d'inattention (plus élevés chez les polymédicamentés).

Dans l'ensemble, les résultats démontrent, tout comme ceux déjà obtenus par plusieurs chercheurs (Brelan Noble et al., 2004; Ferguson et al., 2006, Lafortune et al., 2005; Leslie, Raghavan, Zhang, & Aarons, 2010; Zima et al., 1999) que des facteurs à la fois cliniques et non cliniques sont associés au recours à la psychopharmacothérapie. Cela dit, le résultat le plus novateur de cette thèse concerne sans doute la force de la relation entre l'opinion de l'éducateur sur la pharmacothérapie, sa perception des nombreux symptômes de TSPT et le maintien du recours aux médicaments psychotropes.

Facteurs psychopathologiques

Les distinctions les plus flagrantes entre les groupes d'enfants médicamentés et non médicamentés concernent leurs caractéristiques psychopathologiques. En effet, les résultats démontrent des différences significatives entre ces deux groupes, quel que soit le sexe de l'enfant ou l'opinion de l'éducateur sur la pharmacothérapie.

Diagnostiques et symptômes

D'abord, il s'avère que la grande majorité des enfants qui reçoivent une thérapie médicamenteuse présentent également un diagnostic de trouble de la santé mentale. Seulement cinq enfants ont reçu un diagnostic, sans prendre par la suite un médicament. Le TDAH est plus spécifiquement associé à la pharmacoprescription, sa prévalence étant de 89,29% chez les jeunes médicamentés. Le trouble de l'attachement figure en second plan, suivi du trouble oppositionnel, du trouble des apprentissages et du SGT. Ces diagnostics sont habituellement retrouvés chez les jeunes placés. Il s'agit

de syndrome en lien avec l'agressivité et l'agitation, qui ne constituent pas des pathologies plus sévères, tels que le trouble bipolaire, la dépression et la psychose. Dans une étude antérieure réalisée au Québec dans l'ensemble des Centres jeunesse, il avait aussi été constaté que 70% des enfants de 6 à 11 ans présentaient au moins un diagnostic et que parmi ceux-ci, seulement 17,7% avaient un diagnostic «sévère» (MSSS, 2007). Dans cette étude, les diagnostics les plus fréquents étaient alors le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (79,5%), le trouble de l'opposition (25,6%) et le trouble réactionnel de l'attachement (16%) (MSSS, 2007).

Alors que les symptômes de TSPT perçus par les éducateurs prédisent l'appartenance des enfants au groupe pour lequel il y a eu prescription, dans les dossiers médicaux on retrouve qu'un seul diagnostic avéré de trouble dissociatif et aucun de TSPT. Autrement dit, le TSPT, tel que défini par les critères du DSM-IV, n'est représenté que dans une très faible proportion et ce, malgré la prévalence considérable des situations traumatiques auxquelles les enfants ont été exposés. Une situation similaire a été rapportée auparavant, alors que les symptômes de 95% des enfants ayant subi de la maltraitance et ayant été retirés de leur milieu familial ne correspondaient pas à ceux d'un TSPT tel que définit par le DSM-IV (van der Kolk, 2005). van der Kolk et son équipe du National Trauma Center (2005) proposent une explication plausible à cette situation. Selon ces auteurs, en l'absence de diagnostic décrivant de façon appropriée les symptômes envahissants associés au trauma subi dans l'enfance, les jeunes concernés reçoivent fréquemment des diagnostics de TDAH, de trouble des conduites ou de trouble de l'humeur, qui sont traités comme des conditions séparées. Or, considérés plus globalement, ces symptômes peuvent refléter

un état de désorganisation intérieure. De plus, les diagnostics de TDAH et de TSPT s'avèrent difficiles à différencier, compte tenu de certaines similitudes (ex. hypervigilance, difficultés de concentration, évitement) (AACAP, 2010; D'andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Nadeau, Bergeron-Leclerc, Pouliot, Chantal, & Dufour, 2012).

Dans les associations professionnelles et sociétés savantes, les critères diagnostiques actuels du TSPT font l'objet de révisions à la lumière des plus récentes études sur les manifestations symptomatiques du traumatisme chez l'enfant. Plusieurs équipes proposent de nouvelles définitions du traumatisme, plus adaptées aux jeunes enfants, dans le but de faciliter le diagnostic et le traitement. Par exemple, D'andrea et al. (2012) suggèrent d'élaborer une catégorie diagnostique distincte pour le «trauma relationnel». Ses critères s'articuleraient autour de la dysrégulation des affects, des désordres de l'attention et de la conscience, des distorsions cognitives et des difficultés interpersonnelles. Dans le même sens, l'équipe du National Trauma Center, s'appuyant sur une perspective développementale, définissent sept domaines potentiellement problématiques chez l'enfant traumatisé, qui seraient associés à un «trauma développemental», soit l'attachement, les problèmes développementaux, la régulation émotionnelle, l'état de conscience et l'attention (ex. les épisodes dissociatifs), le contrôle comportemental, la cognition et la perception de soi (Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre et al., 2005). Le «trauma complexe», caractérisé par des symptômes similaires, résulterait de l'exposition durant l'enfance à des stressseurs sévères, de façon répétée ou prolongée (Ford & Courtois, 2009). On peut supposer qu'avec ces apports, le portrait diagnostique, de même que le traitement associé, qu'il

soit médical ou non, pourrait s'avérer plus adapté. Nos travaux contribuent donc à appuyer la nécessité d'approfondir les recherches portant sur le diagnostic différentiel, dans la poursuite de cet idéal où l'on propose le bon traitement au bon patient.

Nos résultats montrent également que les enfants placés en bas âge présentent un profil symptomatologique complexe, caractérisé tant par des problèmes intériorisés qu'extériorisés, ce qui correspond aux conclusions de plusieurs études antérieures (Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth, & Slymen, 2004; Pauzé et al., 2004; Scholte, 1997; Silver, Duchnowski, Kutash, Friedman, Eisen, Prange et al., 1992; Zima, Bussing, Yang, & Belin, 2000). Chez les enfants médicamentés, les seuils cliniques sont atteints à l'inventaire d'Achenbach pour les problèmes sociaux et les problèmes de l'attention. Aux yeux des éducateurs, les comportements agressifs et l'anxiété-dépression se situent au seuil limite. En d'autres mots, en plus de présenter des symptômes d'inattention et d'hyperactivité, il semble que ces enfants sont souvent rejetés par les autres, ne se sentent pas aimés, argumentent, ont des comportements immatures et des sautes d'humeur, ont tendance à se bagarrer, à s'accrocher aux adultes et à être anxieux et tristes. De leur côté, les enfants eux-mêmes rapportent être opposants, anxieux et éprouver de la difficulté à respecter les règles.

Ces symptômes entraînent un dysfonctionnement léger dans le milieu familial, au niveau des comportements envers les autres et des humeurs, tel que révélé au chapitre 4. L'étude de l'impact des symptômes sur le fonctionnement global constitue une autre contribution originale de notre étude. Cette analyse a permis de constater que les difficultés des enfants n'engendrent pas, dans la plupart des cas, une incapacité à fonctionner dans le milieu scolaire, familial et social. Le cadre structuré du placement

ainsi que le traitement médicamenteux permettent possiblement le maintien d'un fonctionnement relativement adéquat. Par contre, les symptômes engendrent une perturbation «sévère» chez un tiers des enfants placés et médicamentés. Ainsi, il existe un sous-groupe d'enfants médicamentés présentant un fonctionnement plus altéré, qui se traduit par exemple par un retrait du milieu scolaire, par des comportements presque toujours hors du contrôle, par des infractions graves, de la cruauté envers les animaux, ou des intentions suicidaires. Les besoins de ces enfants sont donc plus complexes et nécessitent une intervention multimodale.

Une évaluation distincte des symptômes et diagnostics selon les répondants

Afin de pallier aux limites méthodologiques observées dans des études antérieures, les analyses se sont appuyées sur trois types de mesure (mesures autorapportées, questionnaires remplis par l'éducateur, analyse du dossier). Il s'avère intéressant de constater que les profils rapportés par les enfants et par leurs éducateurs se distinguent en termes de sévérité clinique, les enfants jugeant plus favorablement leur état. La littérature scientifique et clinique a déjà démontré des résultats similaires. Les travaux de Fonagy (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004) sur la mentalisation pourraient les expliquer. En effet, la capacité à mentaliser favorisant l'introspection et la régulation affective, qui est tributaire de la qualité de la relation mère-enfant, est souvent déficitaire chez les enfants maltraités (Schmeets, 2008). Les carences affectives et des soins maternels insuffisants ont pu entraver le développement de la mentalisation. De même, l'intensité du traumatisme et la détresse peuvent empêcher les enfants de prendre conscience de leur état intérieur (Fonagy et al., 2004). Il leur est alors difficile de reconnaître et de décrire leur état interne, comme la tristesse ou

l'anxiété. Ceci pourrait expliquer pourquoi ils ne se reconnaissent que peu de symptômes, outre ceux qui sont plus extériorisés, comme l'agitation et l'agressivité.

Facteurs sociaux

L'opinion de l'éducateur sur la psychopharmacothérapie

Selon nos analyses, la perception favorable de la médication psychotrope de la part de l'éducateur est associée au recours à la pharmacoprescription. Un éducateur qui adhère à des croyances favorables envers ce traitement peut s'avérer plus susceptible de solliciter l'aide d'un médecin et de recommander l'usage d'un médicament. D'un autre côté, il est possible qu'il ait affermi ses croyances positives en accompagnant des enfants médicamenteux, alors qu'il constatait des progrès chez l'enfant. L'éducateur semble jouer un rôle considérable dans la détection des difficultés des enfants et dans la trajectoire d'utilisation des services médicaux. Ce résultat souligne l'importance de soutenir la formation des éducateurs sur les psychopathologies infantiles. Ainsi, une meilleure connaissance des distinctions entre le TDAH, le trouble de l'attachement et le TSPT pourrait accroître la capacité des accompagnateurs du quotidien de l'enfant à observer et rapporter précisément les symptômes au médecin traitant. L'objectivation de tels symptômes à l'aide d'outils standardisés pourrait également s'avérer bénéfique.

Par ailleurs, nos résultats interrogent plus spécifiquement les facteurs favorisant le recours aux acteurs médicaux. En effet, mis à part la perception des symptômes et l'opinion favorable d'un traitement médical, il pourrait être intéressant de savoir en quoi le soutien de l'équipe, le roulement du personnel, l'accessibilité aux soins psychiatriques et la collaboration avec le milieu médical peuvent favoriser l'adoption d'une approche médicamenteuse ou d'autres formes de traitement (ex. psychothérapie,

intervention familiale, programme d'intervention). De même, la croyance de l'éducateur en l'impact de ses propres interventions sur le fonctionnement de l'enfant ou au contraire, les sentiments d'impuissance qu'il peut vivre dans son travail d'accompagnement quotidien constituent des pistes à explorer afin de mieux comprendre la trajectoire d'utilisation des services.

Facteurs sociodémographiques et liés à la prise en charge

L'âge actuel de l'enfant et lors de la première prescription

Les résultats indiquent que les enfants polymédicamentés sont plus jeunes que les enfants qui reçoivent une seule molécule, au moment de la collecte de données. Leur première thérapie médicamenteuse a débuté à un plus jeune âge (5,9 ans) que les enfants recevant un seul médicament (8,7 ans). Ce résultat rappelle ceux de l'étude de Zito, Safer, DosReis, Gardner, Magder, & Soeken (2003) qui discute de la tendance à prescrire des médicaments psychotropes pour des enfants de plus en plus jeunes. Il peut aussi suggérer une détection hâtive des pathologies des enfants dans le but de les traiter rapidement. En ce sens, il s'avère possible que les enfants polymédicamentés aient manifesté des symptômes plus jeunes, ayant mené à une prise en charge plus précoce. Par ailleurs, afin de valider cette hypothèse, il serait pertinent de mieux connaître les autres services spécialisés ayant été proposés pour les jeunes enfants maltraités et leur famille (programme d'intervention mère-enfant ? programme de stimulation ?). Dans de futures études, il serait aussi intéressant de préciser la trajectoire d'utilisation des services précédant la première prescription. Les données disponibles dans les dossiers consultés dans cette recherche n'ont pas permis d'obtenir ces informations. Celles-ci pourraient être collectées ultérieurement par le biais d'entretiens avec les parents.

Nos résultats sur la prévalence élevée chez les 6-12 ans et sur le jeune âge lors de la première prescription appuient la nécessité d'une réflexion à propos des prescriptions qui sont signées pour des enfants de plus en plus jeunes. La question de l'efficacité des médicaments psychotropes et de leurs effets à court, moyen et long terme sur le développement des enfants placés apparaît essentielle, d'autant plus que ceux-ci cumulent à la fois des vulnérabilités biologiques et psychiques. Dans le même sens, il serait intéressant que des études futures comparent le profil des enfants à celui des adolescents placés dans des milieux équivalents, afin de mieux comprendre pourquoi les prescriptions s'avèrent plus fréquentes chez les plus jeunes.

Facteurs anamnestiques

Variables liées au placement

Le placement et l'instabilité à l'âge préscolaire

Au plan anamnestique, l'âge au moment du premier placement et le nombre de déplacements vécus avant l'âge de six ans caractérisent le profil des enfants médicamentés. En effet, les enfants placés à un âge plus précoce sont plus souvent médicamentés. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les négligences et les abus subis dans les premières années de la vie engendrent des effets délétères sur le fonctionnement de l'enfant, sa capacité à réguler les affects et à développer un attachement sécurisé (Schoore, 2001). Plus l'enfant est jeune, moins il dispose de ressources internes et sociales pour faire face aux situations anxigènes et pour intégrer l'expérience traumatique de façon cohérente. Ainsi, on peut supposer que ces traumas vécus en bas âge ont pu exacerber les symptômes qui, par la suite, ont pu mener à une prescription, ce qui rejoindrait l'hypothèse de Raghavan et al. (2010). De même,

rappelons que le placement en soi engendre également des impacts sur le comportement et l'attachement de l'enfant, de par la rupture qu'il comporte avec les premières figures parentales (D'andrea et al., 2012; Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001; Fisher, Gunnar, Chamberlain, & Reid, 2000). Le sens de la relation entre le nombre de déplacements et la symptomatologie demeure difficile à déterminer. En effet, l'instabilité qu'ont connue les enfants médicamenteux à l'âge préscolaire a pu contribuer à leur tableau clinique. D'un autre côté, celui-ci pourrait aussi être à l'origine des déplacements, puisqu'un enfant plus agité et perturbateur est plus difficile à maintenir dans un milieu familial (Bhatti-Sinclair & Sutcliffe, 2012; DuRoss, Fallon, Black, & Allan, 2010). Il n'en demeure pas moins que nos résultats font ressortir des vulnérabilités plus grandes chez les jeunes maltraités et déplacés en bas âge.

Les stressseurs psychosociaux

Les résultats exposés en chapitre trois démontrent que les stressseurs psychosociaux ne permettent pas de distinguer les enfants médicamenteux des non médicamenteux (*Portrait sociodémographique et anamnétique des enfants placés en vertu de la loi de la Protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes*). Tant les garçons que les filles médicamenteux et non médicamenteux ont été exposés à des stressseurs similaires (abus, négligence, etc.) et à un cumul comparable (trois en moyenne), alors que les enfants médicamenteux affichent un tableau clinique plus sévère. De plus, les motifs du premier et du dernier placement sont similaires chez les uns et les autres (négligence et troubles de comportements). Ce résultat est comparable à celui de l'étude de Raghavan, Lama, Kolh et Hamilton (2010), selon laquelle aucun antécédent de traumatisme n'est associé à la médication.

Par contre, il s'avère contraire aux études de Raghavan et al. (2005) et de Leslie et al. (2010), où le fait d'être médicamenté était corrélé à un historique de traumatisme. En effet, Raghavan et al. (2005) remarquent une association entre l'abus physique et la médication. De leur côté, Leslie et al. (2010) concluent que l'abus et l'abandon constituent les facteurs les plus liés à la médication. Ces derniers, à partir d'une étude longitudinale ($n = 2\,521$), précisent que, comparativement à la symptomatologie évaluée par le CBCL, l'abus et l'abandon sont plus fortement liés à l'augmentation de la médication durant le placement.

Afin de mieux connaître les effets médiateurs ou modérateurs des symptômes dans la relation entre traumatismes et prescriptions, des recherches de type longitudinal devraient être réitérées. Ainsi, elles pourraient mieux documenter l'enchaînement des stressors psychosociaux auxquels ont été exposés les enfants, en précisant le moment et la durée des traumas subis. De même, il apparaît primordial de connaître les services qui ont été dispensés aux jeunes et à leur famille, ainsi que les signalements antérieurs au placement, retenus et non retenus. Dans le cas de la présente étude, ceci permettrait de mieux comprendre pourquoi les enfants non médicamentés présentent des symptômes atténués, même s'ils ont vécu des traumas similaires à ceux qui sont traités par médicaments. Également, l'évaluation de la capacité de résilience, à partir de mesures du tempérament, de la sensibilité, de la réactivité au stress et des mécanismes de coping aiderait à mieux comprendre les relations entre les stressors psychosociaux et l'apparition des symptômes.

À propos des résultats non significatifs quant au genre et au milieu de placement

Certains résultats non significatifs méritent d'être discutés, afin de mieux comprendre le profil des enfants placés et médicamentés. Ainsi, alors que d'autres auteurs avaient trouvé des différences associées au sexe de l'enfant, la présente étude ne conclut pas à une distinction à ce niveau (Ferguson et al., 2006; Raghavan et al., 2010). En effet, il n'existe pas de différences significatives entre les garçons et les filles quant à la prévalence et au type de molécule prescrit. L'âge des participants peut expliquer ce résultat. En effet, les études qui observent des distinctions sur le genre incluent des adolescents. Il semble ainsi que les différences entre les garçons et les filles en regard du taux de prescription se remarquent davantage à l'adolescence, alors que les filles médicamentées présentent un tableau clinique qui s'apparente plus aux troubles intériorisés et les garçons à un profil plus agressif et hyperactif.

Notre étude ne révèle pas de différence entre la prévalence d'usage des médicaments en foyer de groupe et celle en centre de réadaptation, ce qui infirme l'hypothèse selon laquelle les enfants placés en centre de réadaptation sont plus problématiques que les enfants placés en foyer de groupe et donc, plus susceptibles d'être médicamentés. La tendance contraire décrite par Brelan-Noble et al. (2004) et Zima et al. (1999), soit une plus grande proportion d'enfants médicamentés parmi ceux placés en foyer de groupe plutôt qu'en unité de réadaptation n'a pas non plus été observée. On peut tout de même émettre l'hypothèse que les enfants résidant en foyer de groupe peuvent nécessiter une thérapie médicamenteuse, en plus de la réadaptation psychosociale, afin de parvenir à demeurer dans un milieu de vie plus «normatif» et moins structuré que dans un centre de réadaptation.

Implications cliniques

Au plan clinique, deux implications principales découlent des résultats de cette thèse; soit l'intérêt d'une nosologie spécifique des psychopathologies propres aux enfants placés et l'importance d'une prise en charge intégrée de leurs problématiques. Elles sont d'intérêt pour tous les éducateurs, intervenants sociaux, psychologues, médecins et pédopsychiatres œuvrant auprès de cette clientèle spécifique.

Pour une spécificité des psychopathologies des enfants maltraités et placés en milieu substitut à leur famille

La recension des écrits présentée au premier chapitre a notamment mis en lumière des lacunes au plan de la terminologie pour décrire les psychopathologies des enfants placés, qui peuvent nuire au dépistage et au choix de traitement. Les résultats de cette thèse ont aussi soulevé l'importance de situer la compréhension des difficultés des enfants placés dans une perspective de réactions à des stressseurs chroniques et intenses. À partir des travaux de Schore (2001, 2009), van der Kolk (2005, 2006) et Kinniburgh (Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2005), nous suggérons quelques pistes de réflexion à propos du développement d'une classification des troubles mentaux des enfants placés. Celles-ci s'articulent autour de trois axes principaux; les traumatismes, l'attachement et l'autorégulation des affects.

D'abord, la compréhension des difficultés des enfants placés comme étant secondaires à des traumatismes vécus en bas âge semble une avenue à privilégier. À cet effet, le modèle d'intervention «Attachement, Autorégulation et Compétence (ARC)» (Kinniburgh et al., 2005), basé sur l'approche développementale et les théories de l'attachement, situe le «traumatisme complexe» au cœur de la problématique des

enfants maltraités. Ce concept fait référence à des expériences traumatisantes subies de façon répétée durant la première enfance (abus et/ou négligence), dont les conséquences affectent sept domaines de la vie de l'enfant (i.e. l'attachement, le développement moteur et affectif, la régulation des affects, l'état de conscience et l'attention, le contrôle comportemental, la cognition et le concept de soi) (Cook et al., 2005). Dans cette optique, ce modèle suppose que les symptômes extériorisés (ex. : agitation, opposition) ainsi que la mise à distance relationnelle et émotionnelle constituent le reflet de traumatismes psychologiques. De ce fait, les comportements des enfants ne sont donc pas uniquement classés comme étant volontairement perturbateurs ou agressifs, mais plutôt comme des séquelles d'un traumatisme (Arvidson, Kinniburgh, Howard, Spinazzola, Strothers, Evans et al., 2011; Collin-Vézina, Coleman, & Milne, 2010).

Les théories de l'attachement peuvent également bonifier la compréhension et l'intervention auprès des enfants placés. Un attachement sécurisé constitue l'assise sur laquelle les compétences de l'enfant peuvent ensuite se construire. Les modèles internes opérants alors développés favorisent la confiance en l'autre, l'exploration de l'environnement et un sain développement psychologique et social. Dans le cas des enfants maltraités, les figures d'attachement sont généralement hostiles, trop distantes ou instables, ce qui engendre des difficultés pour l'enfant à y trouver du réconfort (Hesse & Main, 2006). Bien qu'elle demeure à valider, une typologie spécifique a été élaborée pour les enfants de plus de 7 ans, à partir des recherches d'Ainsworth (1978) (Cassidy & Marvin, 1992, cité dans Bisailon, 2008). Quatre types de relation d'attachement sont distingués; sécurisé, évitant, anxieux-ambivalent et désorganisé.

Brièvement, les enfants qui présentent des comportements évitants manifestent davantage de retrait émotionnel, ceux qui révèlent des indices d'ambivalence ont tendance à exprimer leur détresse de façon exagérée et ceux qui montrent des conduites désorganisées ont tendance à contrôler la relation en adoptant un rôle parentifié et/ou punitif (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004). Une compréhension des problématiques des enfants articulée autour de l'un de ces types de relation d'attachement semble une avenue pertinente tant au point de vue théorique que clinique. Le modèle ARC propose d'ailleurs de privilégier les interventions relationnelles pour les enfants ayant subi des traumatismes multiples. Les interventions récemment développées dans les Centres jeunesse du Québec et destinées aux éducateurs visant à identifier les indices associés à l'un ou l'autre des types de relation d'attachement paraissent également utiles pour favoriser une meilleure interprétation des comportements des enfants (Bisaillon & Breton, 2010).

Un troisième concept fondamental à prendre en considération pour une compréhension plus approfondie de leurs problématiques concerne l'autorégulation émotionnelle. Celle-ci renvoie à la capacité de l'enfant à identifier, moduler et exprimer ses états mentaux. Les difficultés de régulation émotionnelle se retrouvent au cœur des diagnostics qui prédominent chez les enfants placés (ex. : TDAH, TC, trouble de l'attachement). La négligence, l'abus et les relations d'attachement insécures engendrent des perturbations dans le développement de la capacité à s'autoréguler (Fonagy et al., 2004; Larose, Bernier, & Tarabulsky, 2005; Schore, 2001). Elles doivent donc être prises en considération dans la compréhension et le traitement de leurs problématiques (Arvidson et al., 2011).

Le modèle proposé repose donc sur l'évaluation et la compréhension clinique des traumatismes, du type de relation d'attachement et des capacités à réguler les affects, puisqu'il s'agit des trois sphères principales associées à la négligence et aux abus vécus en bas âge (Schoore, 2001; 2009). Ils sont également à l'origine de troubles psychiatriques, dont le syndrome de stress post traumatique (Schoore, 2001). On suggère également que cette compréhension soit un processus intégré et évolutif visant à synthétiser les facteurs interagissant dans la problématique de l'enfant (Winters, Hanson, & Stoyanova, 2007). Ainsi, en plus des trois composantes principales (traumatismes, attachement, autorégulation), le modèle devrait chercher à identifier les facteurs prédisposants, précipitants, et protecteurs (statiques et dynamiques) et sur les relations entre ces facteurs. En ce sens, il s'agit d'une conceptualisation dynamique, qui allierait de façon complémentaire les perspectives dimensionnelles (les trois axes proposés) et catégorielles (diagnostics de troubles mentaux).

Pour une prise en charge intégrée des enfants placés et médicamenteux

Services médicaux

Le tableau clinique complexe révélé par les résultats de cette recherche soulève l'importance d'offrir des interventions spécialisées et la nécessité du travail conjoint entre le milieu médical et celui de la réadaptation. Les résultats concernant le suivi médical démontrent que la plupart des enfants médicamenteux ont déjà été évalués en pédopsychiatrie et que le suivi est généralement régulier. Ils suggèrent également une bonne collaboration entre le médecin prescripteur et l'éducateur.

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2009; Papadopoulos, Macintyre, Crismon, Findling, Malone, Derivan et al., 2003) a émis

treize des lignes directrices concernant la prescription de médicaments psychotropes aux enfants. Elles suggèrent l'évaluation complète des symptômes de l'enfant, de son fonctionnement global, de son développement, de son histoire familiale et médicale et ce, avant l'introduction d'un médicament psychotrope. Les compétences de l'enfant et ses capacités évolutives doivent aussi être explorées, en plus de sa dynamique familiale (Bailly, 2007). Ces informations doivent être recueillies auprès de sources multiples (parents, enfant, enseignants, éducateurs), dans différents contextes (école, foyer, hôpital) (Bailly, 2007) et ce, à la fois lors de l'évaluation initiale et lors du suivi. Une étude des antécédents somatiques de l'enfant et un examen physique sont également nécessaires. Les experts recommandent d'assurer la continuité des services, plus particulièrement chez les enfants placés qui connaissent souvent de l'instabilité. De plus, des balises sont établies concernant la communication entre les professionnels œuvrant auprès de l'enfant, afin notamment de surveiller les effets thérapeutiques et secondaires associées à la prescription. L'AACAP propose également d'élaborer un plan d'intervention psychosocial et psychopharmacologique appuyé sur des données probantes. Selon leurs recommandations, l'approche médicamenteuse devrait être combinée à d'autres interventions, surtout dans le cas d'enfants aux prises avec de lourdes problématiques. Enfin, les experts soulèvent la nécessité de stabiliser l'environnement dans lequel l'enfant est placé afin d'optimiser les résultats du traitement médicamenteux.

Des cadres de références concernant l'usage de médicaments psychotropes ont été élaborés dans certains établissements des services de protection de l'enfance. En 2010, 54% des États s'étaient dotés de balises spécifiques à cet effet, 27% en étaient à

l'étape du développement et 19% ne s'appuyaient sur aucune (Leslie et al., 2010). Depuis 2012, aux États-Unis, il s'avère dorénavant obligatoire d'inclure un plan de soins spécifiques à la psychopharmacothérapie pour les enfants placés dans les ressources d'hébergement. Ce plan est élaboré autour des éléments suivants ; 1) évaluation de la problématique et plan de traitement, 2) obtention du consentement éclairé à l'usage de médication, 3) évaluation des effets de la médication, 4) accessibilité aux soins psychiatriques, 5) connaissances des données probantes relatives aux approches médicales et non médicales (Stambaugh, Leslie, Ringeisen, Smith & Hodgkin, 2012b). Au Québec, un cadre de référence est également appliqué depuis 2012 (ACJQ, 2012) afin de baliser les politiques et procédures entourant l'usage de médication chez les jeunes hébergés. Il vise entre autre à favoriser le dépistage des troubles mentaux, l'observance au traitement et des pratiques adaptées.

Service psychologique

Évaluation et psychothérapie

Les résultats de cette thèse appuient la nécessité d'évaluer de façon détaillée les enfants recevant des médicaments psychotropes, notamment afin de mieux distinguer le TDAH des autres problématiques. Il appert selon nos résultats que peu d'enfants ont déjà été évalués en psychologie et que la psychothérapie est plutôt rare. Tel que révélé par van der Kolk et al. (2009), la plupart des enfants ne reçoivent pas de traitement spécifique pour le traumatisme. Pourtant, des approches sont reconnues comme étant efficaces pour diminuer les symptômes des enfants maltraités. La thérapie cognitivo-comportementale (TF-CBT) et celle visant la régulation des affects constituent les avenues jugées les plus probantes au plan empirique (AACAP, 2010). Selon cette

dernière, globalement, il est recommandé de se centrer sur l'établissement des capacités de régulation émotionnelle de l'enfant, sur l'apprentissage à développer des relations d'attachement sécurisé et des capacités à mentaliser. Le traitement au long cours favoriserait davantage le développement de relations d'attachement sécurisées et la capacité à s'autoréguler (van der Kolk et al., 2005). L'approche cognitivo-comportementale a également démontré des impacts positifs sur les enfants et les adolescents (AACAP, 2010). La thérapie d'orientation psychodynamique centrée sur le traumatisme est également reconnue pour améliorer les symptômes (AACAP, 2010).

Services de réadaptation

Tel que révélé par les résultats au chapitre 4, le rôle des éducateurs est considérable dans la détection des symptômes et le recours aux services spécialisés. Ils jugent toutefois leurs connaissances comme étant limitées concernant la psychopharmacothérapie, ce qui amène à souligner la nécessité de leur offrir une formation plus spécifique. Considérant nos résultats qui amènent à centrer la compréhension clinique autour des traumatismes, des approches novatrices telles que celles centrées sur l'attachement et/ou la mentalisation dans le cadre d'un placement paraissent également importantes à développer et à implanter dans les milieux de pratique.

Limites de la thèse

Taille de l'échantillon et puissance statistique

D'abord, l'échantillon de cette étude ne regroupe pas toute la population des enfants hébergés en ressources externes. Bien qu'il ne soit pas systématique, il peut néanmoins se comparer à la population totale des enfants placés en milieu substitut à une famille, puisque la prévalence de la psychopharmacothérapie dans notre étude est similaire à celle obtenue dans la recherche du MSSS (2007) basée sur l'ensemble des territoires des Centres jeunesse.

Ensuite, la faible taille de l'échantillon limite les possibilités de généralisation des résultats, de même que les analyses statistiques. Elle ne permet pas d'émettre des distinctions en fonction de la région à l'étude. Ainsi, il aurait été intéressant et pertinent de connaître les différences entre les prescriptions, les facteurs anamnestiques et psychopathologiques de même que les services offerts en fonction des régions (ex. régions rurales versus urbaines). Il a également été impossible d'établir des analyses en fonction de l'origine ethnique, puisque notre échantillon était composé essentiellement de jeunes d'origine québécoise. Le nombre limité de filles oblige à interpréter les différences en fonction du genre avec prudence. Par ailleurs, le regroupement des molécules selon les grandes classes (antidépresseurs, antipsychotiques, psychostimulants) aurait pu permettre des analyses plus précises. Il est en effet probable qu'un profil distinct de symptômes soit associé à chacune des familles de molécules. Le taux très élevé de polyprescription a toutefois entravé cette démarche analytique. Enfin, l'échantillon comporte des données manquantes, principalement en

ce qui a trait aux données recueillies dans les dossiers. Les résultats qui en découlent doivent donc être interprétés avec précaution.

Limites liées au devis de recherche

L'absence de mesures répétées et de groupes contrôles limitent la compréhension de l'effet associé à la médication. Il est en effet impossible de tirer des conclusions sur l'impact de la prise de médication sur les symptômes et le fonctionnement de l'enfant. L'obtention du profil avant la prise de médication enrichirait grandement la compréhension du phénomène. Un devis de recherche longitudinal permettrait également de situer dans le temps l'évolution des symptômes et des prescriptions.

Limites liées aux instruments de mesure

L'utilisation de questionnaires auto-rapportés ou complétés par les éducateurs n'ayant pas nécessairement de formation spécialisée sur les diagnostics infantiles limite la validité des mesures de symptômes. Il s'avère impossible de savoir si les éducateurs ont pu surévaluer ou sous-évaluer certains symptômes des enfants sachant qu'ils étaient médicamentés, puisque le devis ne comporte pas de mesure à l'aveugle. Le fait que les questionnaires nécessitaient une bonne connaissance de l'enfant a entravé la possibilité d'actualiser cette démarche.

Les informations concernant la médication proviennent des dossiers de la DPJ et de l'éducateur, la consultation du dossier médical et l'entretien avec le médecin prescripteur permettraient par ailleurs de préciser ces variables et d'accroître la validité des résultats. La perception du médecin sur les psychopathologies des enfants, ses connaissances de l'anamnèse et leur opinion sur le traitement médicamenteux auraient

été d'une grande richesse. La recherche serait aussi bonifiée par une évaluation diagnostique plus formelle, par exemple, l'évaluation du TDAH à l'aide de tests reconnus tels que le Test of Every Day Attention (TEA-CH). Il aurait aussi été intéressant d'avoir une mesure des troubles de l'attachement auprès de l'enfant (par exemple, par le biais des récits narratifs), ce qui aurait permis de connaître les liens entre les types d'attachement et la médication. L'utilisation de questionnaire sur les traumatismes (ex. Trauma symptom checklist, Brière, 1996) aurait été très pertinente pour enrichir notre compréhension de ces symptômes. En somme, une mesure plus spécifique de ces trois psychopathologies (TDAH, TSTP, trouble de l'attachement) permettrait de mieux établir leurs distinctions et leurs liens avec la médication.

Une analyse qualitative de l'opinion des éducateurs sur la pharmacothérapie pourrait être intéressante afin de mieux comprendre cette variable et les liens qu'elle peut avoir avec le recours aux médicaments. Ainsi, l'échelle de Likert utilisée dans le cadre de cette étude a pu faire en sorte que les éducateurs pouvaient se ranger vers une opinion plus neutre. Une entrevue permettrait de mieux qualifier leur opinion.

Le recueil des données rétrospectives sur l'histoire de vie de l'enfant à partir des dossiers de la DPJ a pu permettre d'éviter un biais de rappel. Malgré la standardisation des dossiers de la DPJ, l'instabilité à laquelle les enfants maltraités sont confrontés et les changements d'intervenants ont pu faire en sorte que des données soient manquantes ou incorrectes. Une entrevue avec les parents ou l'adulte ayant été le plus présent dans la vie de l'enfant pourrait permettre de croiser les données obtenues par les dossiers et d'obtenir une meilleure validité des résultats. Néanmoins, cette proposition peut s'avérer hasardeuse considérant les problématiques familiales

actuelles et passées (ex. déménagements fréquents, consommation, violence) qui peuvent également affecter le rappel d'informations pertinentes.

D'autres facteurs, s'ils avaient été mesurés, auraient permis de préciser davantage les résultats. Il aurait été intéressant de connaître non seulement les stressors vécus avant le placement, mais également ceux auxquels peuvent être exposés les enfants durant leur placement (ex. abandon d'un parent). Il aurait été pertinent de préciser le contexte périnatal (ex. consommation de la mère durant la grossesse ? contexte conjugal ?), la sévérité du trouble mental et des problèmes de toxicomanie présents chez les parents, ainsi que le niveau de fonctionnement global de ceux-ci. Des outils de mesure permettant de mieux distinguer les impacts de la violence conjugale sur le développement des enfants, en fonction notamment de l'intensité des conflits et des facteurs de protection, auraient aussi été pertinents.

Contributions

En dépit de ses limites, les résultats de cette thèse constituent un apport notable dans ce domaine de recherche et de pratique en émergence, où les connaissances demeurent fragmentaires quant aux motifs de prescription, au profil des jeunes médicamenteux et à l'importance accordée à cette pratique dans le traitement des problèmes psychosociaux. À notre connaissance, les études précédentes portant sur le recours aux médicaments psychotropes chez les enfants placés se concentraient principalement sur la prévalence et les données sociodémographiques. Au Canada, aucune étude n'avait examiné spécifiquement les caractéristiques psychopathologiques des enfants placés à qui l'on prescrit des médicaments psychotropes et l'opinion des

intervenants sur ce traitement. En ce sens, cette thèse a permis de répondre à des questions d'une pertinence sociale et scientifique considérable.

Le fait d'avoir constitué un échantillon composé uniquement d'enfants placés à l'extérieur d'un milieu familial est un avantage certain, qui nous a permis de mieux connaître leurs caractéristiques spécifiques. L'utilisation de mesures catégorielles et dimensionnelles a permis d'obtenir un portrait plus global des enfants. L'exploration des stressors psychosociaux de façon détaillée a permis de mieux cerner l'intensité des traumatismes vécus par les enfants en bas âge. Le fait de recueillir des données à partir de trois sources différentes (enfants, éducateur, dossier) constitue également une force notable, qui a largement bonifié notre compréhension des psychopathologies de l'enfant, des perceptions de celles-ci par les éducateurs et les enfants eux-mêmes. L'utilisation d'une évaluation diagnostique construite pour les enfants avec des problèmes psychiatriques (KSADS) est aussi une force de cette thèse.

Enfin, les résultats des articles empiriques engendrent des retombées cliniques intéressantes. Une réflexion quant à la distinction entre le TDAH et le TSPT est mise en relief, en plus de celle sur les pratiques à privilégier pour cette clientèle spécifique.

Conclusion

Les enfants placés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation constituent une population spécifique des Centres jeunesse qui présente des besoins complexes. Leur profil psychopathologique est caractérisé par des troubles extériorisés et intériorisés. L'utilisation de la psychopharmacothérapie pour traiter leurs difficultés comportementales est une avenue de plus en plus commune.

Cette thèse a permis de mieux comprendre des facteurs qui peuvent influencer le recours à ce type de pratique. Les enfants placés qui prennent des médicaments psychotropes présentent plus de diagnostics psychiatriques, sont davantage perçus par leurs éducateurs comme étant hyperactifs, agressifs et malhabiles socialement, comparativement à ceux qui ne sont pas médicamentés. Leurs symptômes de stress post-traumatique tels que perçus par les éducateurs semblent contribuer au maintien du recours à ce type de traitement, de même que l'opinion favorable de ces derniers à propos de la psychopharmacothérapie. Au-delà des symptômes d'inattention et d'hyperactivité pour lesquels les enfants placés sont souvent médicamentés, cette thèse suggère de s'appuyer sur un modèle dynamique de compréhension des psychopathologies, qui intégrerait les connaissances des effets des traumatismes précoces sur le développement affectif et sur les relations d'attachement. Des études futures seront nécessaires afin de préciser les critères qui prévalent dans les décisions de recourir à une approche médicamenteuse.

Références de l'introduction et de la conclusion

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC, United States: American Psychiatric Association.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2010). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 107–125
- Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ, United States: Erlbaum.
- Aman, M.G., DeSmedt, G., Derivan, A., Lyons, B., & Findling, R.L. (2002). Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry*, 159 (8), 1337-1346.
- Angold, A. Erkanli, A., Egger, H.L., & Costello, E.J. (2000). Stimulant treatment for children: a community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975-984.
- Armsden, G., Pecora, P.J., Payne, V.H., & Szatkiewicz, J.P. (2000). Children placed in long-term foster care: an intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8 (1), 49-64.
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, & Blaustein, M.E. (2011). Treatment of complex trauma in

- young children: developemental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 4, 34-51.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2009; 2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Bailly, D. (2007). Comment initier et conduire une stratégie thérapeutique médicamenteuse. Dans D. Bailly, & M-C. Mouren (dir.), *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p.381). Paris, France : Masson.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment : a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413-434.
- Bentley, K.J. (2010). Psychiatric medication and meaning-making in a residential program for adults with serious mental illness. *Qualitative Social Work*, 9 (4), 479-499.
- Bentley, K.J., & Reeves, J. (1992). Integrative psychopharmacology into social work curriculum: suggested content and resources. *Journal of Teaching in Social Work*, 6 (2), 41-58.
- Bentley, K.J., Walsh, J., & Farmer, R.F. (2005). Referring clients for psychiatric medication: best practice for social workers. *Best Practices in Mental Health*, 1(1), 1-13.
- Berger, M. (2010) (dir.). *Soigner les enfants violents. Traitement, prévention, enjeux*. Collection Enfances. Paris, France : Dunod.

- Bisaillon, C. (2008). *Attachement et adaptation socioémotionnelle chez des enfants hébergés en Centre jeunesse*. Thèse de doctorat, Département de psychologie, UQAM, Récupéré d'Archipel, répertoire électronique des publications de l'UQAM.
- Bisaillon, C., & Breton, D. (2010). Pour une intervention centrée sur la théorie de l'attachement. Dans D. Lafortune, M-M. Cousineau, & C. Tremblay, *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Québec, Canada : Presses de l'Université de Montréal.
- Blader, J.C. (2006). Which family factors predict children's externalizing behaviors following discharge from psychiatric inpatient treatment? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1133–1142.
- Bhatti-Sinclair, K., & Sutcliffe, C. (2012). What determines the out-of-home placement of children in the USA ? *Children and Youth Services Review*, 34 (9), 1749-1755.
- Bonfield, S., Collins, S., Guishard-Pine, J., & Langdon, P.E. (2012). Help-seeking by foster-carers for their looked after children: the role of mental health literacy and treatment attitudes. *The British Journal of Social Work*, 40 (5), 1335-1352.
- Brelan-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Wagner, R.H., & Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55 (6), 706-708.
- Brière, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional Manual*. Odessa, FL, United States: Psychological Assessment Resources Inc.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 year prospective study of

officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22 (11), 1065-1078.

Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., & Landversk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 960-970.

Burke, N.J., Hellman, J.L., Scott, B.G., Weems, C.F., & Carrion, V.G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse and Neglect*, 3 (5), 408-413.

Cassidy, J., & Marvin, R.S. (1992). Attachment working group of the MacArthur NetWork on the transition from infancy to early childhood (1987, 1992). Attachment organization in the three and four years old: coding guidelines. Unpublished.

Centre jeunesse de la Montérégie (Services d'hébergement. Repéré le 3 septembre 2013, à http://www.centrejeunessemonteregie.qc.ca/web/_fr/nosservices/serviceshebergement.htm.

Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist*, 59(8), 4-14.

Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7, (3), 283-296.

- Cohen, D., & Collin, J. (1997). *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Collin, J. (2000). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et Société*, 4 (103), 141-159.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., & Milne, L. (2010). Attachment, self-regulation, competency (ARC) trauma study. *IN-the-KNOW*, 2, 1-3.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Connor, D.F. (dir.) (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment*. New York, United States : Guilford Press.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Kusiak, K., A., Caponi, A.B., & Melloni, R.H. (1997). Combined pharmacotherapy in children and adolescents in a residential treatment center. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (2), 248-254.
- Connor, D.F., Ozraybak, K.R., Harrison, R.J., & Melloni, R.H. (1998). Prevalence and patterns of psychotropics and anticonvulsivant medication in children and adolescents referred to residential treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 8 (1), 27-28.
- Connor, D.F., & Steingard, R.J. (1996). A clinical approach to the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *Annal of the New York Academy of Sciences*, 20 (794), 290-307.

- Consoli, A., Deniau, E., Huynh, C., Purper, D., & Cohen, D. (2007). Treatments in child and adolescent bipolar disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(3), 187-198.
- Corell, C., & Carlson, H.E. (2006). Endocrine and metabolic adverse effects of psychotropic medications in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45* (7), 771-791.
- D'andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82* (2), 187-200.
- Dean A.J., McDermott, B.M., & Marshall, R.T. (2006). Psychotropic medication utilisation in a child and adolescent mental health service. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16* (3), 273-285.
- DeBellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy. *Development and Psychopathology, 13* (3), 539-564.
- DePrince, A.P., Weinzierl, K.M., & Combs, M.D. (2009). Executive performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse and Neglect, 33*, 353-361.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health, 91* (7), 1094-1099.

- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: the role of caregiver state of mind. *Child Development, 72*, 1467-1477.
- Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S., West, J.C., Zarin, D.A., Rubio-Stipec, M., Pincus, H.A., & Regier, D.A. (2005). Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 15*, (1), 12-15.
- DuRoss, C., Fallon, B., Black, T., & Allan, K. (2010). Group home and residential treatment placements in child welfare: analyzing the 2003 Canadian incidence study of reported child abuse and neglect (CIS-2003). *Canada's Children, 16* (3), 67-76.
- Ethier, L.S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 57* (2), 136-145.
- Ferguson, D., Glesener, D., & Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16*(4), 474-481.
- Findling, R.L, McNamara, N.K, Branicky, L.A., Schlucheter, M.D., Lemon, E., & Blumer, J.L. (2000). A double-blind study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39* (4), 509-516.

- Fisher, P.A., Gunnar, M.R., Chamberlain, P., & Reid, J.B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behaviour, neuroendocrine activity and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1356-1364.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (dir.) (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, United States: Other Press.
- Ford, J.D., & Courtois, C.A. (dir.) (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorder. Dans J.D. Ford & C.A. Courtois, *Treating complex traumatic stress disorder. A evidence-based guide*, (p.13-30). New York, United States: Guilford Press.
- Franc, N., Maury, & Purper-Ouakil, D. (2009). Trouble déficit de l'attention/hyperactivité : quels liens avec l'attachement ? *L'encéphale*, 35, 256-261.
- Garland, A.F., Hough, R.L., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., & Aarons, G.A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (4), 409-418.
- Garland, A.F., Landsverk, J.L., Hough, R.L., & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of placement as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse and Neglect*, 20 (8), 675-688.
- Green, W.H. (dir.) (2007). *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. Philadelphia, United States : Lippincott Williams & Wilkins.
- Healy, D. (dir.) (1996). *The psychopharmacologists*. London: Chapman & Hall.

- Helfinger, C.A., Simpkins, C.G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review, 22* (1), 55-73.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*(02), 309-343.
- Horwitz, S.M., Hurlburt, M.S., Cohen, S.D., Zhang, J., & Landsverk, J. (2011). Predictors of placement for children who initially remained in their homes after an investigation for abuse or neglect. *Child Abuse and Neglect, 35* (3), 188-198.
- Horwitz, S.M., Hurlburt, M.S., & Zhang, Z. (2010). Patterns and predictors of mental health services use by children in contact with the child welfare system. Dans M.B. Webb, K. Sowd, B.J. Harden, J.A. Landsverk, M.F. Testa, *Child welfare and child wellbeing*. New York, United States: Oxford University Press.
- Hussey, D.L., & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare, 84* (4), 485-506.
- Jensen, P.S., Vinod, S.B., Benedetto, V., Hoagwood, K., Feil, M., & Burke, L.B. (1999). Psychoactive medication prescribing practices for U.S. children: Gaps between research and clinical practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (5), 557-565.
- Jonhson, H.C., Renaud, E.F., Schmidt, D.T., & Stanek, E.J. (1998). Social workers views of parents of children with mental and emotional disabilities. *Families in Society, 79*, 173-187.

- Kim, H.K., Pears, K.C., & Fisher, P.A. (2012). The placement history chart: a tool for understanding the longitudinal pattern of foster children's placement. *Child and Youth Services Review, 34* (8), 1459-1464.
- Kinniburgh, K.J., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2005). Attachment, Self-Regulation and Competency. *Psychiatric Annals, 35* (5).
- Kolko, D.J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B.J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: a national sample of in-home and out-of-home care. *Child maltreatment, 15*(1), 48-63.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre jeunesse. *Revue de psychoéducation, 33* (1), 157-176.
- Lafortune, D., Gagné, M. P., & Blais, É. (2012). De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60* (1), 69-76.
- Landsverk, J. & Garland, A.F. (1999). Foster care and pathways to mental health services. Dans P.A. Curtis, G. Dale, J.C. Kendall (dir.). *The foster care crisis* (p.193-210). Lincoln, NE, United States : Nebraska Press.
- Larose, S., Bernier, A., & Tarabulsy, G.M. (2005). Attachment state of mind, learning dispositions, and academic performance during the college transition. *Developmental Psychology, 41* (1), 281.
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D.C., Alevizos, E.V., Haviara, F., & Ploumpidis, D.N. (2007), Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic

- medication in mental disorders of childhood. *Annals of General Psychiatry*, 6 (32), 1-7.
- Lekhwani, M., Nair, C., Nikhinson I., & Ambrosini, P.J. (2004). Psychotropic prescription practices in child psychiatric inpatients 9 years old and younger. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14 (1), 95-103.
- Leo, J. (2006). The SSRI trials in children : disturbing implications for academic medicine. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8 (1), 29-41.
- Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., Landsverk, J., Barth, R., & Slymen, D.J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care: A national perspective. *Child Abuse & Neglect*, 28, 697-712.
- Leslie, L.K., Raghavan, R., Zhang, J., & Aarons, G.A. (2010). Rates of psychotropic medication use over time among youth in child welfare/Child protective services. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20 (2), 135-143.
- Loy, J.H., Merry, S.N., Hetrick, S.E., & Stasiak, K. (2012). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Malone, R.P., Sheikh, R., & Zito, J.M. (1999). Novel antipsychotic medications in the treatment of children and adolescents. *Psychiatric Services*, 50 (2), 171-174.
- Martin, A., VanHoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut medicaid managed care. *Psychiatric services*, 54 (1), 72-77.

- McLeod, J.D., Pescosolido, B.A., Takeuchi, D.T., & White, T.F. (2004). Public attitudes toward the use of psychiatric medications for children. *Journal of Health and Social Behavior, 45*, 53-67.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. 79 p.
- Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D., & Provost, M.A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioural problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse and Neglect, 34*, 225-234.
- Mizrahi, T., & Abramson, J. (2000). Collaboration between social workers and physicians: perspectives on a shared case. *Social Work in Health Care, 31* (3), 1-24.
- Mojtabai, R. (2010). National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry, 67* (1), 26-36.
- Moncrieff, J., & Crawford, M.J. (2001). British Psychiatry in the 20 century- Observations from a Psychiatric Journal. *Social Science and Medicine, 53*, 349-356.
- Moses, T. (2003). Social worker's perspective on medicalized treatment for youth (Dissertation Doctor of Philosophy in Social Welfare). University of California, Los Angeles, United States.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk : examining family contexts and behavior problems of

controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.

MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113 (4), 754-761.

Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C. Pouliot, E., Chantal M., & Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans M-H. Gagnon, S. Drapeau, & M-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p.71-85). Québec, Canada : Les presses de l'Université Laval.

Newcorn, J.H., & Ivanov, I. (2007). Psychopharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behaviour disorders. *Pediatric Annals*, 36 (9), 564-574.

Newton, R.R., Litrownik, A., & Landserk, J.A. (2000). Children and youth in foster care : disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1363-1374.

Olfson, M., Marcus, S.C., Weissman, M.M., & Jensen, P.S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 514-520.

Papadopoulos, E., Macintyre, J.C., Crismon, M.L., Findling, R.L., Malone, R.P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S.B., Felton, C.J., Kranzler, H., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S.E., & Jensen, P.S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for

- Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 145-161.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M. et al. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke, Canada : Rapport de Recherche du Groupe de Recherche sur les Inadaptations Sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke.
- Perry, B.D. (2010). Child maltreatment: a neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. Dans T.P. Beauchaine, & S.P. Hinshaw (dir.), *Child and Adolescent and Psychopathology* (p.96-128). New Jersey, United States : Wiley & Sons Inc.
- Phillips, S.D. (1997). Toward an expanded definition decision making. *Career Development Quarterly*, 45 (3), 275-287.
- Raghavan, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 97-106.
- Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P., & Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15 (2), 121-131.
- Reyes, M., Buitelaar, J.Toren, P., Augustyns, I., & Eerdeken, M. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance

treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders.

American Journal of Psychiatry, 163 (3), 402-410.

Safer, D.J. (1997). Changing patterns of psychotropic medication prescribed by child psychiatrists in the 1990s. *Journal of Child and Adolescent psychopharmacology*, 7, 267-274.

Safer, D.J., Zito, J.M., & DosReis, S. (2003). Concomitant psychotropic medication for youth. *American Journal of Psychiatry*, 160, 438-449.

Satcher, D.S. (2000). Surgeon General's report on oral health. *Public Health Reports*, 115 (5), 489-490.

Scholte, E. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (6), 657-666.

Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1), 201-269.

Schore, A.N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. The neurobiology of broken attachment bonds. Dans T., Bradon (dir.), *Relational Trauma in Infancy. Psychoanalytic and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy* (p.19-47). Taylor & Francis : London.

Schmeets, M.G.J. (2008). Theoretical concepts. Dans A.J.E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M.G.J. Schmeets, *Mentalizing in Child Therapy. Guidelines for Clinical Practitioners* (p. 7-21). London : Karnac Book.

Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.L., Malone, R.E., Crismon, M.L., & Drivan, A. (2003) Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for

- Aggressive Youth (TRAY). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 132-144.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). ALSPAC Study team maltreatment in the children of the nineties: a cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 30 (5), 497-522.
- Silver, S.E., Duchnowski, A.J., Kutash, K., Friedman, R.M., Eisen, M., Prange, M.E., Brandenburg, N.A., & Greenbaum, P.E. (1992). A Comparison of children with serious emotional disturbance served in residential and school settings. *Journal of Child and Family Studies*, 1 (1), 43-59.
- Simeon, J.G., Wiggins, D.M., & Williams, E. (1995). World wise use of psychotropic drugs in child and adolescent psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 19, 455-465.
- Snyder, R., Turgay, A., Aman, M., Binder, C., Fisman, S., & Carroll, A. (2002). Effet of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1026-1036.
- Stambaugh, L.F., Leslie, L.K., Ringeisn, H., Smith, K., & Hodgkin, D. (2012a). Psychotropic medication use by children in child welfare. OPRE report # 2012-33. Washington DC : Office of planning, research and evaluation, administration for children and families. US Department of Health and Human Services.
- Stambaugh, L.F., Leslie, L.K., Ringeisn, H., Smith, K., & Hodgkin, D. (2012b). NSCAW Child well-being spotlight : Children in out-of-home placements receive more psychotropic medication and other mental health services than children who

- remain in-home following a maltreatment investigation. OPRE report # 2012-43. Washington DC : Office of planning, research and evaluation, administration for children and families. US Department of Health and Human Services.
- Steinhauer, P.D. (1996) (dir.). *Le moindre mal. La question du placement de l'enfant*. Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Toth, S.L., Cicchetti, D., Macfie, J., Maughan, A., & VanMeenen, K. (2000). Narrative representations of care-givers and self in maltreated preschoolers. *Attachment and Human Development*, 2, 271–305.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M-C. (2002). Étude sur l'incidence des caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la Protection de la Jeunesse au Québec (EIQ). Montréal. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale.
- Tourigny, M., Trocmé, N., Hélie, S., & Larivée, M. (2006). Facteurs associés à la décision de recourir au Tribunal de la jeunesse lors de l'orientation des mesures de prise en charge. *Criminologie*, 39 (1), 129-150
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth and Families (2003). National survey of child and adolescent well-being : one year in foster care report. Washington, DC., United States : U.S. Department of Health and Human Services.
- Van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277-293.

- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder: a new rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 401-408.
- Vitiello B. (2001) Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, 108 (4), 983-989.
- Vitiello, B., & Jensen, P.S. (1997). Medication development and testing in children and adolescents : current problems, future directions. *Archives of General Psychiatry*, 54 (9). 871-876.
- Winters, N.C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007).The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16 (1), 111-132.
- Youssef, G., Lecompte, F., Laguet, J., & Halfon, O. (2005). La prescription médicamenteuse à l'enfant et à l'adolescent. *Louvain Médical*, 11 (3).
- Young, N.K., Boles, S.M., & Otero, C. (2007). Parental substance use disorders and child maltreatment : overlap, gaps, and opportunities. *Child Maltreatment*, 12 (2), 137-149.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999). Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9 (3), 135-147.
- Zima, B.T., Bussing, R., Yang, X., & Belin, T.R. (2000). Help-seeking steps and service use for children in foster care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27 (3), 271-283.
- Zito, J.M., & Riddle, M.A. (1995). Psychiatric pharmacoepidemiology for children. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 77-95.

- Zito, J.M., Craig, T.J., & Wanderling, J. (1994). Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *Journal of Pharmacoepidemiology*, 3 (1), 47-62.
- Zito, J.M., Safer, D.J., DosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L., & Soeken, K. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 (1), 17-25.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. E, Thomas, D., Coombes, R, Dubowski, M., & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121, 57-63.

ANNEXES

Annexe 1: Formulaire de consentement

<p>La médication psychotrope en Centre jeunesse : Caractéristiques psychologiques, familiales et contextuelles</p>

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS (PARENTS)

CHERCHEUR RESPONSABLE : Denis Lafortune, professeur agrégé, Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal; Julie Desjardins, Centre International de Criminologie Comparée et Département de Psychologie, Université de Montréal.

1. Objectifs de recherche :

Le but principal de ce projet est de mieux comprendre l'utilisation de la médication psychotrope, c'est-à-dire les médicaments habituellement prescrits par les médecins et les pédopsychiatres pour soulager la douleur, le stress ou les comportements problématiques, chez les enfants placés en Centre jeunesse.

Notre premier objectif est de connaître le nombre d'enfants placés qui reçoivent une médication. Notre deuxième objectif est de mieux comprendre pourquoi certains enfants reçoivent des médicaments et d'autres non. Pour ce faire, nous étudierons les caractéristiques qui distinguent les enfants qui reçoivent des médicaments de ceux qui n'en reçoivent pas. Nous étudierons aussi la suite des événements qui ont mené à la décision de prescrire ces médicaments.

La présente recherche se fait en collaboration avec huit Centres jeunesse du Québec : Montréal, Lanaudière, Montérégie, Mauricie-Centre du Québec, Québec, Outaouais, Laval et Chaudières-Appalaches

2. Participation de l'enfant :

Pour répondre à nos objectifs de recherche, un des volets de l'étude consiste à rencontrer les enfants afin d'évaluer ses humeurs, émotions et comportements. Cette étude comporte aussi la consultation du dossier institutionnel de l'enfant.

3. Confidentialité :

Tous les renseignements recueillis dans cette étude vont demeurer confidentiels. Votre nom et votre adresse ne seront pas utilisés. Chaque participant à la recherche se verra attribué un numéro et seul le chercheur principal aura accès à la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les données seront conservées dans un classeur sous clé situé

dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces données personnelles seront détruites 7 ans après la fin du projet.

Par ailleurs, si le chercheur a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, il devra faire un signalement au directeur de la protection de la jeunesse et certaines informations confidentielles pourraient alors être transmises. Si tel est le cas, le participant sera toutefois avisé auparavant.

4. Avantages et inconvénients :

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation des médicaments psychotropes chez les enfants et à l'amélioration des services offerts aux enfants et à leur famille.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience vous amène à ressentir des émotions désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'agent de recherche. S'il y a lieu, nous pourrions vous référer à une personne-ressource. Sachez que les agents de recherche sont bien formés et préparés à cette possibilité. Les agents de recherche sont des étudiants universitaires aux études supérieures, formés en intervention et en recherche clinique. Ils sont donc en mesure d'apporter l'aide appropriée.

5. Droit de retrait :

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps en nous avisant verbalement, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Julie Desjardins, au 514-343-6111, poste 3674. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

Toute plainte relative à la participation à cette recherche peut être adressée au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, M. Michel Bouffard, en le contactant au (418) 661-6951 et/ou à l'ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS
(Participation de l'enfant)

Nom: _____

Date de naissance de l'enfant: ____/____/____

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus (fiche de renseignements), avoir obtenu les réponses à mes questions sur la participation de mon enfant à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, j'accepte de façon libre et volontaire que mon enfant rencontre l'assistant de recherche et de laisser celui-ci consulter son dossier institutionnel. J'accepte également que des données nominatives (noms, numéro du projet, date de collecte de données) puissent être consultées par le comité d'éthique du Centre jeunesse de Québec à des fins de vérification, dans le cadre de son mandat. Le comité d'éthique du Centre jeunesse de Québec doit, conformément aux exigences du Plan ministériel en éthique, avoir accès à un registre des participants à la recherche universitaire.

Cette recherche est sous la responsabilité de Denis Lafortune, professeur, Université de Montréal, qu'on peut joindre au (514) 343-6640.

Les objectifs et les conditions de la participation de mon enfant à cette recherche m'ont été clairement expliqués par :

Par rapport à la participation de mon enfant à cette recherche, je comprends:

- 1) Qu'elle comporte une entrevue d'environ 45 minutes où il sera questionné sur ses humeurs, ses émotions et ses comportements
- 2) Qu'elle comporte la consultation de son dossier institutionnel, afin de recueillir des informations sur les relations familiales, les motifs de placement, le nombre de placement et les services reçus
- 3) Que les informations obtenues dans le cadre de cette recherche sont strictement confidentielles
- 4) Qu'elle n'entraînera aucune répercussion sur le plan d'intervention et les services d'aide auxquels mon enfant a droit,
- 5) Qu'elle est libre et que je peux me retirer en tout temps, sans aucun risque de modifier le plan d'intervention.

Signature du **parent** ou tuteur de l'enfant

Date

Signature du chercheur ou agent de recherche

Date

<p style="text-align: center;">La médication psychotrope en Centre jeunesse : Caractéristiques psychologiques, familiales et contextuelles</p>

**RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS
(ÉDUCATEURS)**

CHERCHEUR RESPONSABLE : Denis Lafortune, professeur agrégé, Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal; Julie Desjardins, Centre International de Criminologie Comparée et Département de Psychologie, Université de Montréal.

1. Objectifs de recherche :

Le but principal de ce projet est de mieux comprendre l'utilisation de la médication psychotrope, c'est-à-dire les médicaments habituellement prescrits par les médecins et les pédopsychiatres pour soulager la douleur, le stress ou les comportements problématiques, chez les enfants placés en Centre jeunesse.

Notre premier objectif est de connaître le nombre d'enfants placés qui reçoivent une médication. Notre deuxième objectif est de mieux comprendre pourquoi certains enfants reçoivent des médicaments et d'autres non. Pour ce faire, nous étudierons les caractéristiques qui distinguent les enfants qui reçoivent des médicaments de ceux qui n'en reçoivent pas. Nous étudierons aussi la suite des événements qui ont mené à la décision de prescrire ces médicaments.

La présente recherche se fait en collaboration avec huit Centres jeunesse du Québec : Montréal, Lanaudière, Montérégie, Mauricie-Centre du Québec, Québec, Outaouais, Laurentides et Chaudières-Appalaches

2. Participation de l'enfant :

Pour répondre à nos objectifs de recherche, un des volets de l'étude consiste à rencontrer les enfants afin d'évaluer ses humeurs, émotions et comportements. Cette étude comporte aussi la consultation du dossier institutionnel de l'enfant.

3. Confidentialité :

Tous les renseignements recueillis dans cette étude vont demeurer confidentiels. Votre nom et votre adresse ne seront pas utilisés. Chaque participant à la recherche se verra attribué un numéro et seul le chercheur principal aura accès à la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les données seront conservées dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces données personnelles seront détruites 7 ans après la fin du projet.

Par ailleurs, si le chercheur a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, il devra faire un signalement au directeur de la protection de la jeunesse et certaines informations confidentielles pourraient alors être transmises. Si tel est le cas, le participant sera toutefois avisé auparavant.

3. Avantages et inconvénients :

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation des médicaments psychotropes chez les enfants et à l'amélioration des services offerts aux enfants et à leur famille.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience vous amène à ressentir des émotions désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'agent de recherche. S'il y a lieu, nous pourrions vous référer à une personne-ressource. Sachez que les agents de recherche sont bien formés et préparés à cette possibilité. Les agents de recherche sont des étudiants universitaires aux études supérieures, formés en intervention et en recherche clinique. Ils sont donc en mesure d'apporter l'aide appropriée.

4. Droit de retrait :

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps en nous avisant verbalement, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Julie Desjardins, au 514-343-6111, poste 3674. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

Toute plainte relative à la participation à cette recherche peut être adressée au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, M. Michel Bouffard, en le contactant au (418) 661-6951 et/ou à l'ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS

Nom: _____

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus (fiche de renseignements), avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, j'accepte de façon libre et volontaire de compléter des questionnaires sur la situation clinique d'un jeune dont j'ai la responsabilité.

Cette recherche est sous la responsabilité de Denis Lafortune, professeur, Université de Montréal.

Les objectifs et les conditions de ma participation à cette recherche m'ont été clairement expliqués par:

Je comprends que ma participation à cette recherche:

- 1) Consiste à compléter quatre questionnaires d'une durée d'environ 30 minutes, à remettre à l'agent de recherche une fois complétés,
- 2) Consiste à compléter des questionnaires portant sur :
 - a) la médication prescrite à l'enfant
 - b) les caractéristiques psychologiques de l'enfant
 - c) les répercussions des difficultés de l'enfant sur son fonctionnement social (ex. à l'école, dans son milieu de vie, avec ses amis)
 - d) mon opinion de l'utilisation des médicaments psychotropes pour les enfants placés en Centre jeunesse
- 3) Est libre et que je peux me retirer en tout temps, sans aucun risque, ni inconvénient.

Signature du sujet

Date

Signature du chercheur ou agent de recherche

Date